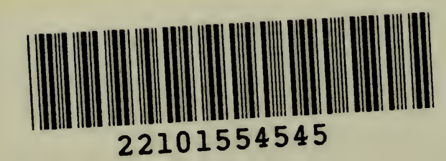



22101554545

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Juin 1908, à 1 heure

PAR

Georges BILLAUDET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Migé (Yonne) le 11 février 1877

L'ENCOMBREMENT

DANS

LES HOPITAUX DE PARIS

ses causes, ses conséquences, des moyens d'y remédier

Président : M. THOINOT, *professeur*

Juges { MM. GILB. BALLET, *professeur*
FERNAND BEZANÇON, *agrégé*
CLAUDE, *agrégé*

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A MES PARENTS

A MON ONCLE ET A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur THOINOT

A MES MAITRES

Internat

M. le Docteur BARTH (*Necker,* 1907-1908.)

M. le Professeur agrégé RIEFFEL. (*Trousseau,* 1906-1907.)

M. le Docteur BARIÉ. (*Laennec* 1905-1906.)

M. le Docteur POTHERAT. (*Broussais* 1904-1905).

Externat

M. le Professeur agrégé LEPAGE. (*Maternité de la Pitié* 1903-1904.

M. le Professeur agrégé RENON
M. le Docteur HIRTZ } *Necker,* 1902-1903

M. le Professeur agrégé MONOD
M. le Docteur ARROU. } *Saint-Antoine* 1901-1902.

M. le Professeur BOUCHARD
M. le Docteur LE NOIR } *La Charité* 1900-1901.

MM. les Docteurs CAMPENON, HUCHARD, SERGENT, BERGÉ HERBET, GANDY DARIER, MONTHUS, CHATELIER

L'Encombrement dans les Hôpitaux de Paris

Ses causes, ses conséquences ;

Des moyens d'y remédier

CHAPITRE PREMIER

Introduction

L'encombrement est redouté à juste titre par le médecin d'hôpital. L'hygiène la plus élémentaire exigerait que nos hôpitaux ne continssent pas plus de malades qu'ils ne comportent de lits. Les lits supplémentaires, les « brancards » ne devraient jamais exister ou ne répondre qu'à l'imprévu, tandis qu'il est rare qu'on n'y ait pas recours, même pendant la bonne saison.

On peut dire que l'encombrement a été jusqu'à notre époque, le plus grand vice des hôpitaux, et dans ces asiles de la souffrance, véritables foyers d'infection, où l'on se contagionnait autant qu'on se guérissait, où l'hygiène la plus élémentaire était méconnue, c'était le facteur principal de l'effroyable mortalité. Ce vice, inhérent à l'hôpital, ne saurait

malheureusement disparaître d'une façon définitive, puisque la population hospitalière va sans cesse croissant.

Le plus ancien de tous les hôpitaux de Paris et d'Europe même, l'antique Hôtel-Dieu, nous montre jusqu'à quel point on a pu entasser les malades. Bâti à la fin de la période mérovingienne, sous le nom d'hôpital Saint-Christophe, il recevait au début surtout les pauvres sans asile, les voyageurs, les pèlerins. Primitivement situé en face de Notre-Dame, témoignage de la charité chrétienne qui l'avait fait naître, il s'étendit au XII[e] siècle du côté du fleuve, reçut alors surtout des malades et prit le nom d'Hôtel-Dieu. Il ne cessa de s'accroître, depuis Louis VII, le premier de nos rois qui en fut le bienfaiteur, jusqu'à Louis XVI, enrichi par les dons et privilèges royaux et les bienfaits de la charité privée. Sous ses agrandissements successifs, nécessités par le nombre toujours plus grand des malades, effectués surtout sous les règnes de Philippe-Auguste, saint-Louis, François I[er], Louis XIV, s'ensevelit bientôt son architecture primitive. Il franchit la Seine sur le Pont-au-Double, en occupa les deux rives et le pont Saint-Charles ; il devint alors un vaste bâtiment sans unité, où un prodige faisait s'amasser un nombre de malades bien supérieur à celui qu'il eût dû contenir. Le petit bras de la Seine, enserré entre les constructions qu'on dut surélever, et où l'air se renouvelait mal, drainait l'hôpital, recevait ses déjections et les distribuait en aval à la Cité, en même temps que l'eau de boisson.

Sous Louis XI, l'Hôtel-Dieu comprenait cinq salles. On lit dans une lettre patente de ce monarque : « Sachent tous loyaulx catholiques en Jésus-Christ, que l'Hostel-Dieu fut anciennement fondé pour recevoir charitablement et piteusement tous povres, anciens, navrés, bléciés, mutilés et aussi toutes povres femmes de quelque nacion que ce soit, et tous autres povres, et pour ce, de toute ancienneté, ont esté ordonnées audit Hostel-Dieu cinq grandes salles, appropriées pour coucher iceulx malades. » Ces cinq salles étaient la première celle des convalescents, « ceux qui de maladie reviennent à santé » ; la deuxième celle des « malades de boces et aultres bleciures qui ont besoin de cyrurgien » ; la troisième, l'enfermerie, contenait les malades gravement atteints et les vieillards « couchiez en lict bas pour les remuer plus aisés sans les grever » la quatrième, plus vaste, au-dessous de la précédente, recevait les femmes malades, sans distinction de maladie ; la cinquième les femmes « povres et gisans d'enffans ». Ainsi la sélection des malades était très sommaire.

Les méfaits de l'encombrement sont signalés déjà par une lettre patente de François Ier.

« En la salle Saint-Thomas, et en la salle Saint-Denis ordonnées pour les navrez, qui n'est que de six toises de largeur, y a six rangées de licts, si prouchains l'un de l'autre que entre deux ne pourait passer qu'une religieuse seullement de front, à l'occasion de quoy s'engendre plusieurs ordures et putréfactions en ladite maison, qui cause un gros ayr contraire

ausdicts malades, et dangereux pour les religieuses et aultres qui les pansent, et en l'enfermerie qui est de six toises de largeur seullement, y a six rangées de licts, et en la salle neuve qui est en la salle de l'enfermerie des femmes sont des licts des convalescents qui sont semblablement fort pressés, et au dessoubs de ladicte salle, en descendant XVIII ou XX marches est la salle des accoucheez qui sont ordinairement vingt-cinq ou trente, laquelle par faute d'aultre lieu, combien qu'elle soit basse comme ung celier, est appropriée à gésiner lesdites accouchéez qui sont logées en lieu trop bas et acatif tellement que en hyver que sont les grandes eaues, l'eau de la Seyne vient à ung pied près des fenestres et deux pieds au-dessus desdits licts... Et oultre lesdites pauvretés, les malades frappés de la peste amenez audit Hostel-Dieu par faute de logiz sont couchez parmi les aultres malades et en mesmes licts, dont ensuivent de graves inconvéniens, tellement que pour ung malade y en a huit ou dix, à cause de la contagion de la pestilence »

L'Hôtel-Dieu qui comptait à l'origine 800 à 900 lits en comprenait 1.800 en 1651, 2.500 en 1663, 3.000 en 1765 ; ce chiffre était insuffisant ; il aurait fallu 4.800 lits pour hospitaliser les malades pauvres.

En 1788, peu de temps après un terrible incendie qui avait partiellement détruit l'Hôtel-Dieu, Tenon, professeur au Collège royal de Chirurgie, fut chargé par l'Académie des Sciences d'étudier un projet consistant à remplacer cet hòpital, insuffisant pour le nombre croissant des malades par quatre nouveaux

hôpitaux. Il rédigea plusieurs mémoires, où il nous montre l'état déplorable de l'hygiène hospitalière et propose un plan d'hôpital modèle dont la construction ne fut effectuée qu'en 1854.

« Nous avons à Paris, dit-il dans sa préface, un hôpital unique en son genre. Cet hôpital est l'Hôtel-Dieu. On y est reçu à toute heure, sans exception d'âge, de sexe, de pays, de religion ; les fiévreux, les blessés, les contagieux, les non-contagieux, les fous susceptibles de traitement, les femmes et les filles enceintes y sont admises : il est donc l'hôpital de l'homme nécessiteux et malade, nous ne disons pas seulement de Paris et de la France, mais du reste de l'univers. Ses portes, comme les bras de la Providence, sont toujours ouvertes à ceux qui viennent s'y réfugier. »

L'Hôtel-Dieu recevait à cette époque près de la moitié des indigents de Paris, et comme il donnait asile à toutes les maladies, il subissait un encombrement extrême en cas d'épidémie.

Il comptait 25 salles et était divisé en emplois et en départements. Chaque emploi comprenait une, rarement deux infirmeries et des pièces de dessertes ; on peut les comparer à nos services actuels ; le département était l'analogue des services généraux : on disait par exemple le département des cuisines, de l'apothicairerie. Ces emplois au nombre de 20, ces départements au nombre de 26 étaient disposés au hasard. Des 25 salles ou infirmeries, 20 étaient situées dans le bâtiment méridional, 2 sur le Pont-au-Double,

3 dans le bâtiment du Nord. Les 20 salles du bâtiment méridional recevaient 2.627 malades occupant une superficie de moins de cinq quartiers (970 toises, 3880 mq.), les salles, disposées sur 4 ou 5 étages étaient au milieu des départements les plus infects, tels que le vestiaire, la salle des morts, la dissection. L'air y circulait mal, le jour y entrait à peine, d'un seul côté, les croisées étaient ombragées par les linges des lessives qu'on y séchait ; les voies d'accès y étaient insuffisantes.

Les salles avaient, les unes deux rangées de lits, d'autres trois rangées ; enfin les plus nombreuses quatre rangs de lits, grands et petits ; l'hôpital comptait 733 grands lits, 486 petits.

On disposait les lits sans ordre, et l'on plaçait au minimum 4 malades par grand lit, un par petit lit. On conçoit sans peine que les maladies contagieuses, telles que la variole, la gale et beaucoup d'autres qu'on ne nous signale pas, régnaient dans une pareille promiscuité.

Les salles étaient généralement très vastes. L'une d'elles, divisée par une cloison incomplète comprenait quatre rangs de lits : 130 grands, 38 petits et pouvait recevoir jusqu'à 818 malades à raison de 6 par grand lit : « S'il en survient encore, dit Tenon, ils sont rangés sur des lits de sangle dans les passages du milieu et jusque sur le ciel des lits, car à l'Hôtel-Dieu on reçoit sans mesure, ce qui est louable, mais on place sans ordre et sans égard pour le nombre, ce qui nuit à la santé. »

Lorsqu'on plaçait ainsi quatre ou six malades dans le même lit, on en mettait deux ou trois à la tête et autant aux pieds, de sorte que les pieds des uns répondaient aux épaules des autres ; les grands lits n'ayant que cinquante-deux pouces (1 m. 43 cent.) de large, six hommes de corpulence moyenne ne pouvaient s'y coucher tous sur le dos.

Les infirmiers n'avaient pour la plupart d'autre logement que les salles des malades ; ils y prenaient leurs repas, y occupaient les petits lits, ce qui faisait refluer les malades dans les grands.

On conçoit ce que devaient être ces salles, avec un tel entassement de malades ; le plancher était souillé par le sang, l'urine, le pus, les crachats, les matières même, par le linge et la paille des paillasses, qu'on entassait de bon matin souillés de déjections, et qu'on secouait au milieu de la salle ; les murs étaient couverts de crachats ; l'air insuffisamment renouvelé, chargé des poussières réunies auxquelles s'ajoutait la fumée des lampes et les exhalaisons de tant de corps minés par la souffrance, plusieurs fois respiré par ces poitrines fiévreuses, était vraiment irrespirable.

Ce n'était pas seulement la propreté des salles qui laissait à désirer, et Tenon nous retrace longuement l'état lamentable des escaliers, des latrines, des services généraux.

Bien que les salles étant nombreuses alors, la sélection des malades eût pu être faite, elle existait à peine, retardant sur la notion d'identité des maladies

contagieuses qu'on apprenait peu à peu à connaître. De temps immémorial, les blessés et les opérés avaient des salles distinctes, tandis que la plupart des maladies contagieuses ou non étaient mêlées dans la même salle, dans le même lit. Cette confusion dura autant que le vieil Hôtel-Dieu. Pourtant plusieurs affections, reconnues à tort ou à raison comme contagieuses, avaient donné depuis fort longtemps l'idée d'isoler les malades qui en étaient atteints. Telles furent la lèpre, pourtant moins contagieuse que la variole, qu'on isolait dès le VII[e] siècle dans des hôpitaux spéciaux, puis la peste, la variole. Les hommes variolés et les pestiférés eurent une salle spéciale à l'Hôtel-Dieu, ce qui n'empêcha pas ces maladies d'exister dans le reste de l'hôpital.

Pour désencombrer l'Hôtel-Dieu et isoler les pestiférés, François I[er] s'était proposé de lui créer une annexe qui ne fut édifiée que cent ans plus tard sous Henri IV. Saint-Louis, qui était mort de la peste, donna son nom au nouvel hôpital. Tous les autres hôpitaux actuels sont de construction ou d'affectation plus récente et la variété de leur distribution atteste leur âge différent et la diversité de leur origine.

La Charité fut bâtie en 1637 par les Religieux de Saint-Jean-de-Dieu. Les autres sont pour la plupart d'anciennes maisons conventuelles, plus ou moins bien appropriées à l'usage des malades. Tels la Pitié affectée au renfermement des pauvres en 1612, Necker transformé en hôpital dirigé par M[me] Necker en 1776, Ricord, affecté aux vénériens depuis 1784, Saint-

Antoine, ouvert en 1795 dans les bâtiments d'une ancienne abbaye. Laennec, transformé en hôpital d'incurables et annexé au bureau de l'Hôtel-Dieu en 1871, Baudelocque, converti en hôpital en 1795, Broca ouvert en 1836, enfin la Clinique Tarnier administrée longtemps par la Faculté de Médecine, réouverte en 1834. D'autres sont dus aux libéralités de généreux donateurs. Tels sont Cochin, achevé en 1782, Beaujon fondé en 1784.

Tous ces hôpitaux subirent d'ailleurs des remaniements ou des agrandissements successifs ; quelques-uns comme Saint-Antoine ne conservent rien de leur disposition primitive.

Enfin plus moderne est Lariboisière, édifié d'après les plans de Tenon en 1854 seulement. Car à la veille de la Révolution, les réformes préparées par cet initiateur ne purent être appliquées ; les fonds d'une souscription publique, qui avait fourni en quelques jours plus de deux millions de livres, furent employés à un autre usage. C'est là un fait fréquent dans l'histoire hospitalière ; les fonds votés pour l'aménagement d'un hôpital changent couramment de destination. Ce fut d'ailleurs la nécessité absolue qui créa Lariboisière, le plus actif de tous nos hôpitaux actuels. La population de Paris, s'était considérablement accrue depuis le commencement du siècle, sans que le nombre des lits disponibles eût reçu une sensible augmentation. L'encombrement des hôpitaux dans la saison rigoureuse avait pris depuis longtemps déjà des proportions alarmantes, lorsque l'épidémie cholérique de

1832 vint mettre le comble à l'embarras. Après Lariboisière, Tenon fut bâti en 1879 à l'endroit désigné par l'auteur des mémoires comme favorable à l'édification d'un hôpital.

Depuis la Révolution, sous l'influence des idées de Tenon, l'hygiène hospitalière préoccupe les esprits. L'observation se développe, et bien qu'on ne connaisse pas encore les germes pathogènes, les médecins et surtout les chirurgiens se soucient de l'air vicié. Ceux-ci ont reconnu qu'une salle depuis longtemps vide et inoccupée était moins souvent le théâtre de désastres chirurgicaux. Aussi quand il s'agit de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, une discussion s'engage à la Société de Chirurgie entre Trélat, Verneuil, Gosselin, Giraldès sur l'emplacement à donner au nouvel hôpital, la surface qu'il doit occuper, l'orientation de ses pavillons, et surtout le cubage d'air des salles. Ignorant les procédés nouveaux de ventilation, ils proposent un cubage d'air très considérable, Lavoisier et Tenon demandaient 51 mètres cubes par malade ; les auteurs précités demandaient de 60 à 90 mètres cubes ; quelques médecins proposaient même 150 mètres cubes.

Ainsi à l'idée charitable qui avait pour but, en créant des hôpitaux au centre des villes près des églises, d'ouvrir de vastes asiles à toutes les misères, l'idée scientifique tend à se substituer ; l'hospitalisation devient plus rationnelle, plus apte à la guérison des malades.

Après la découverte de Pasteur, la conception de l'hôpital change encore par une connaissance plus exacte de la cause des maladies et des précautions à

prendre pour les soigner où les éviter. On construit des hôpitaux à pavillons séparés (Boucicaut) où l'on s'efforce d'empêcher la contagion en réalisant le plus possible l'isolement du malade. L'isolement individuel est obtenu à l'hôpital Pasteur et dans certains pavillons de Trousseau, Hérold, Bretonneau, Claude-Bernard, Enfants-Malades.

Ainsi l'histoire de l'hospitalisation à Paris peut se diviser en trois grandes périodes. Pendant la première, qui s'étend depuis l'origine de l'Hôtel-Dieu jusqu'au mémoire de Tenon, la charité entasse dans cet hôpital toutes les maladies, isolant seulement d'une façon brutale et incomplète celles qui sont considérées comme contagieuses. Pendant la seconde période, d'un siècle de durée, on se préoccupe des meilleures conditions hygiéniques à remplir pour l'édification et l'aménagement de l'hôpital. Enfin la troisième période est marquée par l'avènement de l'asepsie. Connaissant mieux la cause des maladies transmissibles, on déduit les règles de leur prophylaxie et on s'efforce de les appliquer à l'hôpital; l'asepsie chirurgicale, plus simple, a été appliquée la première, et atteint la perfection; l'asepsie médicale, prêchée par Grancher, est d'application plus délicate et nécessite des précautions plus grandes, et un personnel mieux stylé. En d'autres termes, la première période est une véritable phase de chaos, la seconde est marquée par la sélection des maladies et leur classement en pavillons séparés, la troisième par les pavillons isolés avec l'acheminement vers l'isolement individuel.

Nous pouvons retrouver ces trois phases dans l'histoire de l'hospitalisation de l'enfant, intéressante à considérer à part, car l'organisme de l'enfant souffre plus encore que celui de l'adulte de l'encombrement qui provoque l'éclosion de maladies infectieuses, augmente leur gravité et facilite leurs complications.

Pendant la première période, l'hospitalisation de l'enfant est commune avec celle de l'adulte; les hôpitaux d'enfants n'existent pas. Ceux-ci sont mélangés sans distinction de sexe avec les adultes atteints d'affections les plus diverses. L'hygiène et la morale avaient à souffrir de cette douloureuse promiscuité ; les enfants hospitalisés, presque abandonnés, ou bien mouraient ou s'adonnaient au vagabondage ou à la prostitution.

« En l'enfermerie, dit François Ier, dans ses lettres patentes, qui est de six toises de largeur seulement, y a six rangées de licts, chacun lict de trois pieds de largeur environ, en chacun desquels y a trois ou quatre malades qui nuysent fort les uns aux aultres, et en ladite enfermerie y a sept ou huit licts où se couchent vingt-cinq ou trente petits enffans de deux ans et d'un an, lesquels enffans qui sont tendres et delicats à cause du gros ayr qui est en ladite enfermerie, meurent la plupart, tellement que de vingt n'en réchappe pas ung. »

Dès 1363, il est vrai, l'hôpital du Saint-Esprit avait été destiné aux orphelins abandonnés qui encombraient l'Hôtel-Dieu. François Ier fonda le refuge des Enfants-Trouvés, puis celui des Enfants-Rouges;

enfin plus tard les Enfants-Abandonnés furent dotés de la maison de la Couche. En 1544 furent créées, pour les teigneux, les Petites-Maisons.

Le 5 vendémiaire an IX, Frochot, préfet de la Seine, proposa la création d'un hôpital d'enfants. Le 18 floréal an X, qui marque une ère nouvelle pour l'hospitalisation infantile, l'hôpital des Enfants-Malades était ouvert avec 250 lits. Les enfants furent séparés selon leur sexe. En 1813 on isole les scrofuleux.

En 1875 les varioleux sont placés pour la première fois à Sainte-Eugénie dans un pavillon isolé ; en 1886 des pavillons séparés furent, édifiés pour les rougeoleux et les scarlatineux. Enfin sous l'influence des idées de Grancher, l'isolement individuel fut réalisé dans le pavillon des douteux (1893).

On peut donc dire sans paradoxe que l'encombrement a dominé l'histoire des hôpitaux. Il fut à la fois la cause néfaste qui les transforma en hécatombes et la nécessité bienfaisante qui, poussant à la construction de nouveaux hôpitaux, amena leur spécialisation. A l'heure actuelle, sous l'influence de nos acquisitions pour la transmission des maladies contagieuses, nous sommes peu à peu amenés à l'isolement individuel. C'est évidemment la formule de l'hospitalisation idéale, qu'on réalisera peut-être dans l'avenir ; mais avant que les difficultés pratiques à surmonter ait permis sa généralisation nous devons envisager les progrès à accomplir pour améliorer l'état actuel, car nous sommes bien loin de l'idéal.

CHAPITRE II

La salle encombrée

Si, comparant les grandes salles sombres et puantes, et les lits infects du vieil Hôtel-Dieu, aux vastes salles de nos hôpitaux les plus récents, divisés en boxes clairs et riants, aux lits immaculés, nous nous félicitons de vivre à notre époque, nous ne devons pas oublier que ces hôpitaux ne représentent qu'un modèle de choix, un outil nouveau et perfectionné de notre arsenal hospitalier. Seuls ils sont en rapport avec les desiderata de l'hygiène moderne : nos vieux hôpitaux ont en réalité peu changé ; la propreté relative est à peu près leur seule conquête ; au prix d'efforts inouïs les peintures claires ont réalisé en maints endroits des parois et des plafonds étanches et facilité leur lessivage ; le carrelage et le dallage ont pu rendre le sol imperméable. Ces réformes si urgentes viennent à peine d'être effectuées pour de rares hôpitaux privilégiés. Les plus anciens, les plus malpropres, ceux qu'on doit toujours démolir ne subissent de ce fait aucune réparation. Leurs murs crasseux et leurs planchers disjoints recèlent des générations incalculables de colonies microbiennes.

Nombre de brancards dans les services de médecine et de chirurgie générale de 1897 à 1907
(maximum et minimum par mois)

Mois	1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903		1904		1905		1906		1907	
	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum	Minimum
Janv.	**1.145**	460	1.196	648	1.270	754	1.555	1.021	1.423	769	1.592	878	1.535	883	1.848	1.159	**1.896**	1.206	1.802	883	2.098	1.175
Fév..	1.007	811	**1.225**	978	1.291	1.076	**1.769**	1.421	**1.696**	1.255	**1.866**	1.542	**1.707**	1.405	1.798	1.550	1.839	1.567	**1.953**	1.728	**2.445**	**2.060**
Mars.	943	655	1.209	878	**1.400**	1.089	1.473	1.157	1.650	1.354	1.651	1.360	1.640	1.521	**1.989**	1.567	1.863	1.649	1.876	1.653	1.999	1.797
Avr..	832	532	997	696	1.231	1.032	1.279	979	1.449	1.079	1.337	1.038	1.539	1.172	1.791	1.411	1.673	1.302	1.767	1.590	1.920	1.446
Mai..	825	589	905	562	1.103	883	1.160	957	1.292	940	1.259	832	1.480	1.153	1.506	1.237	1.516	1.314	1.720	1.435	1.883	1.480
Juin..	752	447	874	592	976	798	1.077	842	1.071	873	904	729	1.169	920	1.363	1.041	1.234	1.058	1.492	1.194	1.663	1.381
Juill.	758	419	811	523	1.010	703	1.122	789	964	581	749	504	900	775	1.293	952	1.216	941	1.296	1.067	1.465	1.321
Août.	822	528	841	624	980	741	1.103	771	792	609	915	735	994	662	1.127	951	1.223	1.065	1.214	1.010	1.376	1.194
Sept.	632	460	838	647	894	668	951	691	639	471	796	514	738	683	1.049	829	1.172	894	1.195	968	1.132	863
Oct..	613	436	840	581	941	598	735	517	860	491	784	541	841	583	1.055	817	1.071	885	1.182	984		
Nov..	797	414	890	587	1.073	780	933	646	1.257	662	1.035	692	1.109	734	1.269	1.180	1.374	994	1.282	1.124		
Déc..	1.016	671	966	742	1.312	859	1.058	714	1.353	1.007	1.175	749	1.340	1.237	1.497	1.218	1.500	1.207	1.366	1.292		

Depuis octobre 1906 jusqu'à fin septembre 1907, le nombre de brancards maximum se décompose ainsi :

Dates	Médecine		Chirurgie	
	H.	F.	H.	F.
Octobre 1906	240	272	168	187
Novembre »	350	222	208	311
Décembre »	420	269	248	248
Janvier 1907	675	465	326	308
Février »	733	778	329	271
Mars »	585	394	359	288
Avril »	524	324	296	289
Mai »	488	320	255	253
Juin »	329	235	275	275
Juillet »	321	211	238	283
Août »	347	154	235	242
Septembre »	278	283	116	199

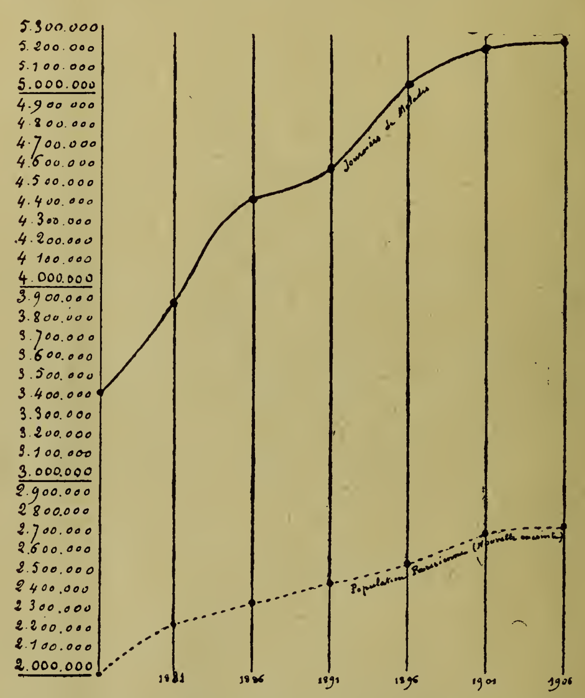
L'écart en moins constaté dans ce tableau tient aux brancards d'accouchement, de crèches, de spécialités, de maladies contagieuses.

Partout l'encombrement persiste et s'il n'a rien de comparable à celui de l'ancien Hôtel-Dieu, il est aussi inexcusable à notre époque qu'il l'était autrefois.

Pendant toute la mauvaise saison, du milieu de novembre à la fin d'avril, les hôpitaux regorgent de malades ; les hôpitaux centraux n'en souffrent que peu : l'activité y est plus grande, le personnel un peu surmené, mais le mal n'est pas grave. Les hôpitaux excentriques, au contraire, asile d'une population ouvrière très

dense, ont une surcharge excessive qui est préjudiciable à l'intérêt de tous.

Entrons dans une salle ainsi encombrée. Tous les lits sont occupés, et dans l'allée centrale s'aligne une rangée de brancards qui pendant presque tout l'hiver



Graphique indiqnant comparativement l'accroissement de la population parisienne et l'augmentation du nombre des journées de maladie dans les hôpitaux.

reste au grand complet ; il y a un tiers des malades en trop ! S'il en arrive d'autres, loin de leur refuser l'accès de la salle, on serre davantage les brancards de l'allée centrale, puis on rapproche les lits, et on dispose entre eux de nouveaux brancards. Si l'encombrement est plus grand encore, on entasse les bran-

cards en tous sens, dans tous les endroits possibles, jusque dans les couloirs !

A peine peut-on se glisser en serpentant entre tous ces lits amassés ! En somme rien n'est changé ; on reçoit sans mesure comme au temps de Tenon ; la charité est satisfaite, l'hygiène l'est moins, et l'intérêt bien compris du malade souffre d'un tel état de choses. Pourtant près de la porte de la salle sont affichés en chiffres très apparents sa capacité et le nombre de lits qu'elle peut contenir, à raison de 40 mètres cubes par lit. En effet, la salle ne contient pas un lit de plus que le nombre indiqué ; les brancards seuls sont en trop !

Si, voulant réagir, le chef de service ou l'interne s'efforcent de « faire des sortants, » ils le peuvent à grand peine et se décident à regret à renvoyer, à peine guéris, des malades que l'extrême prudence leur conseillerait de garder plus longtemps. Ils le font, surmontant la pitié qu'ils ressentent, restant insensibles à quelques prières et bravant quelques murmures, distribuant quelques secours. Quelques lits sont ainsi évacués, mais c'est peine perdue, car le jour même ils sont de nouveau remplis ; on renvoie trois convalescents, il rentre deux tuberculeux ; de sorte qu'après plusieurs tentatives de ce genre, le zèle s'arrête, et vaincu dans cette lutte contre l'envahissement du malade, le médecin préfère tolérer l'encombrement des salles que se montrer inhumain en renvoyant un malheureux infirme sans asile ou un convalescent insuffisamment guéri : bon gré mal gré la salle sera encombrée tout l'hiver.

L'antique lit de sangle a disparu. Ce nid permanent des punaises, impossible à désinfecter, a cédé depuis peu la place au lit supplémentaire actuel, parfait pour l'hygiéniste, mais qui n'est pas à l'abri de toute critique pour le médecin traitant. Sa présence est son défaut capital ; il multiplie les travaux de propreté et les complique en constituant un obstacle sérieux à la serpillière et à l'éponge.

Sur ce lit bas l'examen est difficile, particulièrement l'auscultation ; la pancarte est dissimulée, s'égare facilement ; le bocal à urines est forcément absent, ou, s'il existe, est placé sous le lit ; comme l'urinoir il se casse ou se renverse avec la plus grande facilité sur les pieds du médecin.

Le malade, moins bien couché, goûte un repos moins absolu, est généralement exposé au courant d'air des fenêtres et parfois à l'extrême chaleur d'un poêle auprès duquel on a dû le caser. Ces mauvaises conditions inhérentes au brancard obligent couramment à découcher un entrant gravement atteint ou nécessitant des soins attentifs ; l'infirmier qui monte et démonte ainsi les brancards au gré des besoins, fait et défait les lits ; la surveillante et l'infirmière, qui ont des soins à donner à un nombre plus grand de malades, ne reçoivent aucun aide pour ce surcroît de besogne ; le travail est doublé, mais le personnel n'est pas augmenté ; une seule infirmière arrive à soigner jusqu'à cinquante malades. Aussi les affections aiguës, la tuberculose frappent-elles à grands coups le personnel surmené, dont l'hygiène est déplorable, et qui est

remplacé, faute de mieux, par des novices ; gens sans travail, recrutés au hasard, parfois renvoyés de leur place pour raison de santé, et qui n'ont aucune notion de leur rôle si difficile.

D'autres inconvénients matériels viennent compliquer cette situation ; si chaque entrant a un lit, il ne possède pas toujours le bagage habituel au complet et manque souvent de capote, de bonnet de coton ; de sorte que le malade, s'il n'est pas condamné au lit, doit sortir avec ses effets qui échappent ainsi à la désinfection et servent de véhicule aux germes pathogènes. Tant bien que mal, le malade dissimule ces effets sous le matelas, plus souvent il s'en sert comme d'un oreiller ; car les oreillers, souvent en nombre insuffisant aussi, sont réduits par la désinfection à une taie à demi remplie de poussière. Quand le nombre des entrants est très considérable, les urinoirs et les crachoirs arrivent à manquer, au moins temporairement et, ce qui est plus grave, les tables de nuit font également défaut. La chaise de paille en tient encore lieu couramment ; le pot de tisane, le pot de lait et l'urinoir, le crachoir et les aliments s'y entassent comme autrefois dans un voisinage peu appétissant et surtout dans un équilibre instable ; la chaise souillée constamment sert ainsi, sans désinfection possible, à un nombre infini de malades.

On comprend que le service se ressente vivement de l'encombrement : tous les malades en pâtissent, particulièrement ceux des brancards, plus négligés ; il est impossible d'exiger du personnel un travail

double avec la prétention de le voir aussi bien fait ; le nettoyage de la salle et de ses annexes laisse à désirer ; les soins matériels des malades sont imparfaits, enfin conséquence plus fâcheuse encore, les lits supplémentaires ayant un numérotage arbitraire, variable suivant la place qu'ils occupent, des erreurs inévitables se produisent, de pancarte, de bocal et même de prescriptions médicamenteuses, n'entraînant naturellement aucune responsabilité certaine.

Le chef de service ne peut ni réprimander, ni sévir.

Mais la conséquence la plus terrible de l'encombrement est l'insuffisance de l'air respirable qui, avec la proximité des lits, engendre des surinfections de toutes sortes.

Le cubage d'air des salles permet l'hospitalisation d'un nombre donné de malades, à raison de 40 mètres cubes par lit. Ce nombre, nous l'avons dit, est affiché par une triste ironie sur les murs de la salle. Le comité d'hygiène de l'Assistance publique, réuni en 1901, entre autres réformes excellentes dont la plupart restèrent lettre morte, avait décidé que le cubage d'air minimum ainsi accordé à chacun des lits ne saurait être, sous aucun prétexte et à aucun moment, amoindri, même d'une façon temporaire !

Il y a longtemps pourtant qu'on a reconnu les dangers de la viciation de l'atmosphère. Ignorant l'influence des germes pathogènes, frappés de l'odeur des salles, les anciens auteurs s'attachèrent à déterminer les modifications chimiques de l'air confiné de l'hôpital, espérant y trouver la cause des désastres résultant

Brancards dans la plupart des hôpitaux pendant les divers mois de l'année 1906-1907, services de médecine, chirurgie, accouchement, spécialités (ou maladies contagieuses)

HOPITAUX	LITS BUDGÉTAIRES				BRANCARDS 1er octobre 1906				7 novembre 1906				4 décembre 1906			
	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Maladies contagieuses ou spéciales	Médecine	Chirurgie	Anatomie	Spécialités	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités
Hôtel-Dieu	549	153	53	63	90	53	»	»	44	32	»	»	34	60	»	»
Pitié	466	165	21	»	60	»	»	»	35	52	»	»	48	76	3	»
Charité	380	148	50	»	35	28	»	»	»	23	»	»	19	33	»	»
Saint-Antoine	529	143	65	32	34	16	»	»	34	17	3	»	61	35	»	»
Necker	228	148	»	62	20	1	»	10	14	»	»	»	6	4	»	7
Cochin	202	168	»	63	»	40	»	»	»	18	»	»	»	41	»	»
Beaujon	245	207	73	»	24	19	»	»	43	24	»	»	57	42	»	»
Lariboisière	420	321	62	102	164	8	»	5	141	51	»	»	143	63	2	19
Tenon	551	216	63	»	26	31	»	»	53	59	»	»	87	82	»	»
Laennec	454	102	»	»	»	2	»	»	»	16	»	»	»	12	»	»
Broussais	210	65	»	»	6	10	»	»	13	»	»	»	13	13	»	»
Boucicaut	104	88	45	»	38	7	»	»	53	14	»	»	45	14	»	»
Saint-Louis (moins le service d'enfants)	42	257	56	825	»	»	»	164	»	»	»	»	»	12	»	72
Maternité	75	»	153	»	»	»	13	»	»	»	2	»	»	»	»	»
Enfants-Malades	214	228	»	206	»	»	»	5	»	»	»	»	1	1	»	5
Trousseau	83	90	»	132	»	20	»	1	»	»	»	3	9	17	»	8
Claude-Bernard	»	»	»	307	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

HOPITAUX	5 janvier 1907				2 février 1907				25 février 1907				4 mars 1907			
	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités
Hôtel-Dieu	60	35	»	»	130	49	»	»	146	50	»	»	102	42	»	»
Pitié	64	70	»	»	97	66	»	»	94	74	3	»	68	70	»	»
Charité	19	33	»	»	87	57	»	»	77	56	»	»	53	60	»	»
Saint-Antoine	55	7	»	»	111	30	9	2	127	29	»	1	105	36	8	»
Necker	21	4	»	11	67	24	»	3	65	22	»	15	26	6	»	11
Cochin	»	30	»	»	22	62	»	»	23	55	»	»	31	67	»	»
Beaujon	65	41	»	»	82	52	»	»	72	59	»	»	56	55	»	»
Lariboisière	173	18	»	2	259	54	»	24	303	59	10	21	251	55	14	15
Tenon	59	29	»	»	162	53	»	»	398	62	»	»	142	45	»	»
Laennec	»	15	»	»	21	30	»	»	46	26	»	»	4	24	»	»
Broussais	35	8	»	»	43	19	»	»	47	26	»	»	26	16	»	»
Boucicaut	54	12	»	»	59	23	»	»	59	24	»	»	56	24	»	»
Saint-Louis (moins le service d'enfants)	»	»	»	47	»	25	»	68	»	26	»	90	»	»	»	73
Maternité	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»
Enfants-Malades	»	»	»	12	»	»	»	12	8	»	»	15	»	»	»	8
Trousseau	»	18	»	23	»	19	»	4	»	22	»	8	»	24	»	11
Claude-Bernard	»	»	»	»	»	»	»	51	»	»	»	59 scarl.	»	»	»	64

HOPITAUX	2 avril 1907				1er mai 1907				1er juin 1907				1er juillet 1907			
	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités
Hôtel-Dieu	56	19	»	»	46	53	»	»	6	46	»	5	7	68	3	»
Pitié	»	71	»	»	13	79	3	»	3	83	»	»	15	80	»	»
Charité	17	37	»	»	46	48	»	»	9	65	»	»	8	55	»	»
Saint-Antoine	44	1	9	4	76	34	10	»	61	38	»	»	21	26	11	7
Necker	33	18	»	»	39	30	»	7	16	25	»	8	22	10	»	»
Cochin	14	37	»	»	27	51	»	»	»	46	»	19	»	52	»	»
Beaujon	18	73	»	5	68	64	»	»	41	89	»	»	28	91	1	»
Lariboisière	190	36	8	»	220	22	»	25	155	28	»	26	159	13	»	15
Tenon	139	117	»	»	193	31	»	»	127	28	»	»	142	44	»	»
Laennec	7	6	»	»	»	19	»	»	8	13	»	»	11	4	»	»
Broussais	11	20	»	»	19	14	»	»	18	21	»	»	35	»	»	»
Boucicaut	35	15	2	»	42	19	»	»	40	15	»	»	»	7	»	»
Saint-Louis (moins le service d'enfants)	»	10	7	57	»	»	»	99	»	7	»	67	»	21	»	75
Maternité	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Enfants-Malades	12	»	»	20	»	»	»	26	»	»	»	32	»	»	»	36
Trousseau	»	20	»	7	»	32	»	6	»	11	»	19	»	13	»	15
Claude-Bernard	»	»	»	156 scarl.	»	»	»	262	»	»	»	91	»	»	»	174

HOPITAUX	2 août 1907				1er septembre 1907			
	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités	Médecine	Chirurgie	Accouchement	Spécialités
Hôtel-Dieu	45	62	»	»	27	45	»	»
Pitié	34	72	»	»	27	55	»	»
Charité	6	45	»	»	»	21	»	»
Saint-Antoine	14	51	2	»	65	49	6	»
Necker	48	30	»	6	23	7	»	»
Cochin	»	26	»	»	19	»	»	»
Beaujon	54	69	»	»	74	22	»	»
Lariboisière	190	13	5	5	149	40	4	13
Tenon	128	34	»	»	74	10	»	»
Laennec	»	23	»	»	5	»	»	»
Broussais	»	»	»	»	»	10	»	»
Boucicaut	»	24	»	»	»	19	»	»
Saint-Louis (moins le service d'enfants)	»	15	»	83	»	37	5	82
Maternité	»	»	»	»	»	»	»	»
Enfants-Malades	»	»	»	31	»	»	»	19
Trousseau	9	11	»	16	»	6	»	18
Claude-Bernard	»	»	»	99	»	»	»	»

Notez qu'avec des brancards, il peut y avoir des lits vacants, dans le même hôpital et même parfois dans la même salle.
Dans le compte des lits budgétaires, les crèches et berceaux de crèche sont omis.

de l'encombrement. Lavoisier, dès 1782, remarquait la diminution de cet air en azote et son augmentation en acide carbonique. Axenfeld attribuait un rôle considérable aux variations de l'état hygrométrique de l'atmosphère des salles. Pour lui, l'air y est plus humide et sert de dissolvant aux substances putrescibles. Ces deux auteurs insistaient sur les « émanations dangereuses » ou sur la « viciation miasmatique de l'air » qui résulte de l'encombrement et se manifeste par l'odeur de fièvre. Bouchardat qualifie de « miasmes de l'encombrement », Gavarret de « miasmes putrides », Giraldes de « malaria nosocomiale » l'odeur et les éléments pathogènes contenus dans l'air de la salle encombrée. Rilliet et Barthez pensent que la réunion des causes antihygiéniques de la salle d'hôpital constitue un véritable « climat pathologique » et ce climat fait germer certains produits morbides qui ne se seraient pas développés dans d'autres conditions. L'hypothèse d'une substance toxique volatile contenue dans l'atmosphère des salles d'hôpital a d'ailleurs été reprise par Brown-Séquard et d'Arsonval.

Depuis Pasteur, les hypothèses ingénieuses de miasmes ont fait place à la notion précise du germe. L'atmosphère des hôpitaux est dangereuse, parce qu'elle contient à l'état normal des germes plus nombreux et plus variés que l'air des maisons, des rues, et surtout des campagnes. Les expériences de Strauss et de Miquel sont très démonstratives à cet égard. On trouve jusqu'à 40.000 micro-organismes par mètre

cube d'air dans les salles de certains hôpitaux. Leur espèce est variable. La plupart sont inoffensifs, mais on trouve aussi des microbes pathogènes, des staphylocoques, des streptocoques, du pneumocoque (Netter) le bacille diphtérique (Lœffler), le bacille de Kock (Cornet, Kirchner). Bien que Tyndall, Strauss et Wurtz aient démontré que l'air expiré, même par un malade, est aseptique, ou du moins qu'un mètre cube d'air qui contenait 20.700 bactéries avant l'inspiration n'en contient plus que 40, c'est-à-dire 517 fois moins à l'expiration, nous ne devons pas conclure que l'encombrement ait pour effet d'aseptiser plus rapidement l'air des salles ; l'encombrement multiplie au contraire les chances d'infection de deux manières. L'agglomération d'un nombre plus considérable d'individus agite et déplace constamment une plus grande quantité de poussières septiques. D'autre part, les recherches de Germano, Flugge et ses élèves ont montré que nous projetons en toussant, en éternuant, en parlant, des particules de salive très ténues contenant chez beaucoup de sujets des germes pathogènes. Ces gouttelettes de Flugge restent en suspension dans l'atmosphère pendant une dizaine de minutes, avant de se déposer lentement sur les objets environnants (1); elles contiennent des germes très virulents chez certains malades, particulièrement chez

1. Malibran et Gassot admettent avec raison, contrairement aux affirmations de certains auteurs, que ces poussières sont plus lourdes que les poussières sèches et qu'elles retombent plus vite.

les tuberculeux. Ces germes sont d'autant plus à redouter qu'ils ne sont pas desséchés et qu'ils ont encore tout leur pouvoir pathogène ; l'air ne tarde pas en effet à le diminuer par le brassage incessant qu'il leur fait subir et l'action défavorable de l'oxygène, de la lumière, de la dessication, enfin par sa pauvreté en éléments nutritifs. Hubener a montré que les gouttelettes de Flugge, qui d'ailleurs peuvent être projetées pendant la toux à une dizaine de mètres, peuvent être entraînées en quelques minutes à plus de douze mètres dans toutes les directions ; il suffit pour les mobiliser d'un courant d'air de 2 millimètres par seconde. Bien que ces particules liquides puissent être ainsi projetées à une grande distance, elles sont d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche plus du malade, et le danger résultant de leur confluence, plus particulièrement étudié en ce qui concerne le bacille de Kock, n'excède guère un mètre.

L'encombrement, en rapprochant les lits, en multipliant les malades, devient donc une cause puissante pour enrichir l'atmosphère en germes pathogènes virulents. Si l'on songe que les germes ainsi transmis d'un malade à un autre exaltent leur virulence, on comprend que les infections secondaires soient fatales quand la salle est très encombrée. C'est en effet ce que l'on constate. Constamment nous voyons l'hiver, dans la salle encombrée, s'installer de véritables épidémies de complications broncho-pulmonaires. Quoique de nature grippale le plus souvent, ces épidémies pourraient plus facilement être évitées, avec une

asepsie médicale irréprochable. Elles se propagent souvent de lit en lit et prolongent pour un temps parfois fort long le séjour des malades.

Le médecin a ainsi souvent la surprise désagréable de voir un convalescent retardé dans sa guérison par une complication imprévue, de sorte que craignant toujours l'éclosion de la tuberculose, il se demande s'il doit laisser son malade à l'hôpital le temps nécessaire à sa guérison ou le renvoyer prématurément. Il y a donc là une cause nouvelle et puissante qui augmente encore l'encombrement lui-même. Il est vrai que ces petites épidémies locales, quoique bénignes, sont fatales pour les organismes peu résistants ; elles précipitent la mort de plusieurs chroniques incurables, ce qui peut être interprété comme une solution partielle du cercle vicieux qu'elles créent.

L'exaltation de virulence des germes pathogènes par les passages successifs à plusieurs individus, démontrée expérimentalement depuis longtemps au laboratoire par la méthode des inoculations en série, est particulièrement saisissante dans les hôpitaux d'enfants. Sevestre, Hutinel, Variot ont attiré l'attention sur la fréquence et la gravité de la broncho-pneumonie survenant dans une salle encombrée de rougeoleux. Cette augmentation de virulence est aussi éloquemment démontrée au mois d'août, dans les crèches de nourrissons atteints de diarrhée infantile, et n'ayant pas le secours du sein. Il est vrai que dans ces cas l'encombrement n'est qu'une

des causes complexes qui engendrent une terrible mortalité.

L'affaiblissement organique des enfants qui séjournent à l'hôpital dans une salle encombrée, où les soins de propreté et d'asepsie sont moins parfaits, où les malades se renouvellent plus fréquemment, où la contagion par contact est plus facile font enfin que l'année se passe rarement, dans les services d'enfants les mieux installés, sans que survienne une épidémie intercurrente. Ces épidémies de fièvres éruptives apparaissent aussi bien dans les services de chirurgie que dans les services de médecine ; elles désorganisent le service, augmentent la mortalité et ne cèdent généralement qu'à l'évacuation et à la désinfection complète de la salle où a eu lieu le contage.

Les services de chirurgie générale, les maternités, les services spéciaux, quoique moins éprouvés que les services de médecine générale, n'échappent pas aux conséquences fâcheuses de l'encombrement. Les épidémies grippales y sont fréquentes, ce qui a pour effet de surcharger les services de médecine où l'on évacue le malade et où l'on doit parfois lui donner des soins chirurgicaux. L'époque est passée des épidémies d'érysipèle, de fièvre puerpérale, que l'on constatait souvent autrefois et dont les anciens médecins connaissaient si bien les relations avec l'encombrement ; mais il n'est pas exceptionnel de voir, sous l'influence indirecte de l'encombrement, les plaies s'infecter avec une déplorable facilité, ce dont on

triomphe aisément par un redoublement de précautions.

Indépendamment de toute influence microbienne l'atmosphère de la salle encombrée est malsaine. L'aération, qui serait plus nécessaire qu'en temps normal, est plus difficile à réaliser à cause du plus grand nombre de malades aigus : l'air vicié, les mauvaises odeurs, le bruit de la toux, les cris des délirants tiennent parfois une grande partie des salles en éveil pendant la nuit ; le repos du malade est incomplet, son appétit diminue, et le convalescent lui-même, surtout s'il est nerveux, présente parfois sans autre cause une température subfébrile, indice d'un état général moins satisfaisant.

CHAPITRE III

Exposé des causes d'encombrement

Le problème de l'encombrement hospitalier est des plus complexes. Il soulève des questions n'ayant aucun rapport apparent et tire la plupart de ses données des bases mêmes de notre organisation sociale. La diversité des points de vue auxquels on peut envisager ce problème, qui en fait la difficulté, est en même temps notre excuse pour l'aborder. Nous n'oserions prétendre épuiser un pareil sujet, ni proposer la meilleure solution à des questions aussi disparates. Il serait téméraire d'espérer réaliser ce que n'ont pu faire tant d'administrateurs de talent et tant de maîtres éminents et convaincus, assemblés en tant de commissions. Aucun problème n'a réuni plus d'avis unanimes sur le but à atteindre ; aucun n'a suscité tant d'avis différents pour les moyens qui permettraient d'y parvenir. Une voix de plus, si modeste soit-elle, peut prétendre émettre un avis, n'aurait-elle pour but que d'attirer l'attention un instant sur une question de la plus haute importance et dont la solution, toujours différée, devrait être trouvée depuis longtemps.

Pour résoudre ce problème, on doit se préoccuper

de reconnaître les malades qui ont droit à l'assistance publique, s'efforcer de fixer les bornes de l'indigence et de les faire respecter ; on doit enfin essayer de répartir, au mieux de leurs intérêts et de l'intérêt général, les malades pauvres qui incombent à la charité publique avant de rechercher s'il est nécessaire de leur créer des hôpitaux nouveaux. On est ainsi amené à envisager l'hospitalisation des *malades riches ou aisés,* des *accidentés du travail*, des *malades de la province et de la banlieue* des *vagabonds d'hôpital* (*demi-infirmes*) (*Babinski*) des *chroniques*, et enfin *l'hospitalisation des tuberculeux,* grosse question d assistance, qui intéresse à juste titre en ce moment non seulement les médecins, les philanthropes, mais l'humanité tout entière, compromise dans son avenir.

CHAPITRE IV

Admissions et sorties des malades

L'idée naturelle qui se présente pour éviter l'encombrement est de limiter sévèrement les entrées à l'hôpital et de renvoyer le plus tôt possible les malades guéris. C'est ce que s'efforce de faire l'administration, il faut le reconnaître, sans d'ailleurs grand succès.

La *consultation hospitalière*, qui reçoit la plupart des malades, fut instituée par un arrêté du conseil général des hospices, le 13 frimaire an X ; elle réglementait pour la première fois l'admission des malades : elle eut lieu au bureau central de l'Hôtel-Dieu jusqu'au mois d'avril 1895. Cette consultation était faite tous les après-midis par deux médecins et deux chirurgiens du bureau central qui examinaient tous les malades pauvres de Paris et les répartissaient, selon l'affection dont ils étaient atteints et au prorata des places disponibles, dans tous les hôpitaux. Le matin, les chefs de service consultaient à tour de rôle dans leurs hôpitaux respectifs. Ce double système avait un avantage incontestable pour le chef de

service, qui recrutait lui-même ses malades et les choisissait selon ses goûts scientifiques, Le malade y gagnait peut être dans certains cas, d'être soigné avec plus d'attention sinon de sollicitude, mais à tout prendre, il était moins bien traité ; le malade chronique, d'un intérêt clinique modéré, peu susceptible d'amélioration, était généralement refusé à la consultation du matin et n'avait d'autre ressource que de se présenter au bureau central où souvent il devait revenir plusieurs jours avant d'obtenir un lit. Depuis le 2 mai 1895, sous prétexte que les consultations des chefs de service n'étaient pas ponctuellement faites, un médecin des hôpitaux, non pourvu d'un service, en fut chargé dans chaque hôpital. Du même coup furent créées les circonscriptions hospitalières. Nous ne nous attarderons pas à la critique délicate des deux systèmes ; nous aurons à revenir sur les avantages des circonscriptions hospitalières.

En fait, si le malade chronique était sacrifié avec le premier système, le malade aigu l'est avec le second, si l'on en juge du moins par la proportion croissante des chroniques dans les services de médecine générale.

Le chef de la consultation, qui voit journellement revenir un malade hospitalisable, ne peut manquer de le recevoir. Il est également hors de doute que certains malades sont reçus indûment à la consultation, sans avoir été examinés par le chef de service ou après un examen insuffisant de son assistant. Mais ce sont là des fautes exceptionnelles, qui n'augmentent

pas d'une façon appréciable le contingent des salles, et sur lesquelles il ne nous appartient pas d'insister.

Plus digne d'attention est l'*admission d'urgence*. Ces admissions, faites en dehors des heures de consultation par l'interne de garde, ont existé de tous temps, même sous le régime de la consultation au bureau central. Leur nécessité saute aux yeux. Mais elles devraient être réservées strictement aux cas assez graves pour que le malade ne puisse être remis au lendemain sans danger. Or il est difficile de refuser les indigents qui se présentent pour être admis d'urgence et se font amener en ambulance. Ces malades sont munis d'un certificat délivré après un examen presque toujours fait à la hâte par leur médecin. Ce dernier ne demande qu'à se débarrasser d'un client peu solvable, qu'il serait réduit à soigner dans un taudis sale, étroit, généralement haut situé et où manquent parfois la lumière et souvent la serviette propre et le savon. Aussi voit-on trop fréquemment un malade, refusé le matin à la consultation, amené en ambulance le jour même, au même hôpital. Ne pas l'admettre dans ces conditions, c'est porter préjudice au médecin traitant et se charger d'une lourde responsabilité. Si le malade présente peu après une complication, même non imputable à son état antérieur, le médecin traitant et la famille en rendent responsable l'interne qui a refusé l'admission et la « Presse », toujours avide de scandale, ne manque pas de s'emparer des faits pour les exposer et les com-

menter. La même crainte fait que souvent l'interne hésite à refuser l'admission à tout malade qui vient la solliciter, s'il ne le convainc pas de simulation.

Ce n'est donc pas dans la façon dont sont délivrées les admissions par les médecins que nous trouvons la cause de l'encombrement hospitalier. Par contre la *sortie* du malade est loin de s'effectuer toujours dès que les soins donnés à l'hôpital ne sont plus nécessaires. C'est là la cause principale de l'encombrement. Nous aurons à envisager comment on pourrait restreindre le séjour des *demi-infirmes*, des *chroniques*, des *tuberculeux* à l'hôpital.

Le malade sortant est renvoyé *avec ou sans convalescence* de quinze jours ; un arrêté du ministre de l'Intérieur a depuis 1900 fermé l'entrée des hôpitaux de Vincennes et du Vésinet aux tuberculeux, ce qui n'a pu qu'augmenter leur nombre dans les hôpitaux.

A plusieurs reprises l'administration centrale a accordé aux directeurs d'hôpital la possibilité de renvoyer les malades convalescents en les remettant aux soins des bureaux de bienfaisance. Plusieurs circulaires (entre autres celle du 31 octobre 1902) demandèrent au médecin de recevoir le moins de malades possible et de les hospitaliser le temps strictement nécessaire !

Le remède principal opposé à l'encombrement est renvoi du malade *avec un secours*. Depuis 1897 le le secours d'encombrement de 7 francs par semaine, pendant six semaines, est accordé, aux tuberculeux de préférence, sur demande du chef de service. Chaque hôpital a d'ailleurs à sa disposition une caisse de

secours, enrichie par des legs, qui permet d'accorder aux sortants des secours de 3, 5 et 10 francs. Le secours représentatif d'hôpital de 1 fr. 50 par jour est accordé soit aux consultants après enquête, soit aux convalescents en cas d'encombrement ; il est payé pendant une semaine par l'hôpital et continué au besoin, après enquête, par le bureau de bienfaisance. Les secours de fondation, accordés surtout aux vieillards, visent leur objet spécial. Il n'est pas besoin d'insister pour montrer l'insuffisance de ces mesures purement palliatives qui ne donnent même pas les résultats qu'on pourrait en attendre.

Les secours, onéreux pour l'Assistance publique sont pour ainsi dire une arme à deux tranchants ; ils augmentent parfois l'encombrement qu'ils prétendent diminuer.

Leur rôle d'assistance est discutable ; le secours de 1 fr. 50 par jour est insuffisant pour le convalescent, ouvrier sérieux, qui reprend son travail trop tôt, dans le désir d'augmenter les ressources que la maladie a fortement entamées ; de ce fait une rechute est fréquente et le malade doit reprendre pour un temps assez long le lit d'hôpital qu'il vient de quitter.

Pour le vagabond d'hôpital, le chronique, le tuberculeux, dont nous étudierons le sort à l'hôpital, le secours accordé joue un rôle plus funeste encore ; trop souvent, il est gaspillé, dépensé au cabaret, et le malade reprend, le jour même, un lit dans un service ou un hôpital voisin. Non seulement le secours

a été inefficace, mais il a été dangereux pour le malade et doublement onéreux pour l'Assistance publique. Par sa sortie et sa rentrée, dans sa double hospitalisation, le malade a absorbé le temps précieux de la surveillante, et celui du garçon de bureau. Il est difficile d'évaluer le prix des paperasseries inutiles, du surcroît de travail imposé au personnel, du linge inutilement souillé. La désinfection revient à l'hôpital Necker à 1 franc et quelques centimes par malade, sans tenir compte de la désinfection de la literie (qui n'est effectuée qu'en cas de décès ou de sortie d'un malade contagieux). Le sortant est muni en outre quelquefois d'un bon pour le vestiaire central (ce qui ne coûte il est vrai qu'aux personnes charitables qui ont créé cet heureux office) ; rarement enfin on le fait conduire chez lui en voiture.

Ainsi voit-on beaucoup de malades chroniques solliciter adroitement leur exeat dans l'espoir du secours qui leur sera accordé, certains d'obtenir ultérieurement une nouvelle admission.

Aussi les secours de toute nature, excellents en principe, mal répartis, gaspillés ne sauraient être un moyen de remédier à l'encombrement. Ils ne peuvent guère désencombrer une salle que pour encombrer la salle voisine.

Les moyens employés pour remédier en partie à l'encombrement sont jusqu'ici restés insuffisants, inefficaces en même temps que très coûteux pour l'assistance publique. Au mépris des lois de l'hygiène, à la douleur du médecin, l'homicide brancard

persiste et paraît être le triste apanage de nos hôpitaux parisiens. A Berlin les lits des hôpitaux sont en nombre suffisant. Les caisses d'assurances contre la maladie, contre l'invalidité et la vieillesse, assurent d'ailleurs l'hospitalisation soit au sanatorium, soit à l'hôpital d'un grand nombre de malades et font que l'indigent véritable est rare. A Londres où l'hôpital est autonome, les admissions se font à jours fixes, généralement après recommandation de généreux donateurs, et quand les lits sont tous occupés, on ne reçoit plus de malades. Comme c'est simple ! Est-ce vraiment plus inhumain ?

CHAPITRE V

Droit à l'hôpital

Puisque la sélection des malades à l'entrée de l'hôpital n'offre rien à désirer au point de vue médical, et qu'il répugne à nos mœurs de renvoyer un indigent sous prétexte que tous les lits sont occupés, nous devons examiner s'il ne conviendrait pas de faire une sélection d'ordre administratif parmi ceux qui viennent solliciter leur entrée; nous devons nous demander en un mot si tout le monde a *droit à l'hôpital.*

Le principe admis par le congrès international d'assistance en 1889 est le suivant :

L'assistance publique est due à ceux qui se trouvent temporairement ou définitivement dans l'impossibilité physique de pourvoir aux nécessités de la vie.

L'assistance est donc due :

Aux enfants abandonnés ;

Aux aliénés ;

Aux vieillards et aux infirmes. (Cette assistance est assurée par la loi du 14 juillet 1905.)

Aux malades.

Ce sont ces derniers qui nous intéressent; leur hospitalisation est réglée par la loi du 13 juillet 1893 qui a institué l'assistance médicale gratuite obligatoire.

L'article 1er de cette loi est ainsi conçu :

Tout Français malade, *privé de ressources*, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile, ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier. — Les femmes en couche, les étrangers (quand le gouvernement a passé un traité d'assistance avec leur pays d'origine) sont assimilés aux malades français.

L'hôpital doit donc être réservé aux pauvres, aux indigents. C'est là une notion qui n'est pas universellement admise. Beaucoup de Parisiens se figurent avoir droit à la consultation ou à l'hospitalisation gratuites. Ils considérent l'hôpital comme un lieu public où ils pourraient entrer pour peu qu'ils consentissent à s'y laisser soigner. En qualité de contribuables, ils s'imaginent avoir droit aux soins de l'Assistance publique, — ce raisonnement simpliste est d'ailleurs faux puisque les lits ne sont payés que partiellement par l'État et la ville de Paris, — ils seraient fort étonnés si on leur démontrait la fausseté de cette conception. Il est juste de remarquer qu'un très petit nombre d'entre eux sont tentés d'user de l'hôpital. Les conditions dans lesquelles sont données les consultations, les coudoiements auxquels on y est exposé, la longue

attente à la salle commune suffisent à les en éloigner. L'hospitalisation leur sourit encore moins ; les promiscuités douteuses qui leur seraient imposées, la situation matérielle du malade, qui leur paraît très pénible, bien qu'ils l'ignorent souvent, leur ôtent toute envie de s'y soumettre. D'ailleurs ils n'y ont *aucun droit*. Pour nous en convaincre, recherchons l'origine du droit à l'assistance.

En saine logique, ce droit, créé par la loi, n'existe pas. Secourir les misérables est une vertu, c'est le devoir de charité auquel ne correspond aucun droit. Si l'État a créé le droit à l'assistance, ce n'est pas par *obligation* (Larochefoucauld-Liancourt), ni par *vertu* (Thiers), c'est par *nécessité sociale*. Il est de l'intérêt de l'État que l'assistance existe, pour trois raisons :

1° En soignant les indigents, l'État ménage des existences qui sont un capital social.

2° L'indigence est souvent mère du vice ; il est plus humain et moins coûteux de lui venir en aide que de se défendre contre elle.

3° Chacun de nous peut avoir un jour besoin de l'hôpital. Il est donc de l'intérêt commun, sauvegardé par l'État, que les hôpitaux existent.

Ces trois raisons justifient le droit à l'assistance ; mais elles indiquent suffisamment que ce droit ne saurait être acquis à tous ; il doit être réservé aux pauvres, aux déshérités, aux infirmes de l'organisme social. L'étendre à tout le monde serait le supprimer pour ceux-là qui en ont le plus besoin et pour qui il a été décrété.

S'il est facile de démontrer théoriquement que les indigents seuls ont droit à l'assistance que leur a conféré la loi, il est infiniment plus délicat de limiter ce droit en pratique. Le restreindre aux indigents seuls serait une injustice, puisque immédiatement après ceux qui manquent de tout viennent ceux qui gagnent juste de quoi vivre, et qui sont incapables de faire les frais de la moindre maladie sans devenir plus pauvres que les indigents en s'endettant. Aussi a-t-on étendu le droit à l'hôpital aux nécessiteux. Les limites de ce droit ainsi étendu manquent de précision, à défaut de critérium, entre le nécessiteux et le malade aisé ; en créant, comme on l'a voulu, une classe des « petits moyens », on se paie d'un nouveau mot, sans délimiter davantage ceux qui sont justiciables de l'hôpital. En principe, on devrait réserver l'hôpital aux seuls malades inscrits sur la liste d'assistance médicale gratuite ; en fait ce serait là une limite arbitraire, puisque cette liste contient de faux pauvres ; de plus tel individu pourra fournir les frais d'une courte maladie, sans être capable de supporter une maladie, de longue durée ou qui nécessite des soins spéciaux (fièvre typhoïde), ou d'honorer le chirurgien pour une intervention coûteuse.

Toute liste des ayants droit à l'hôpital serait passible des mêmes critiques, puisque outre les causes d'erreur résultant de l'appréciation des ressources de chacun, les frais de maladie varient dans des proportions considérables.

Il est donc impossible de délimiter exactement le

droit à l'hôpital. Les nombreux essais proposés ou tentés, ayant pour base le prix du loyer, le salaire, sont tous arbitraires et risquent d'entraîner de criantes injustices. De nombreux ouvriers bien mis, les petits commerçants, chargés d'impôts, la jeune fille obligée de donner des leçons pour vivre ; la foule qui, parmi les employés, constitue la misère en redingote, la plus dure de toutes, ont droit à l'hôpital. On ne peut juger de la fortune des gens ni sur leur mine, ni sur leur loyer ou leur salaire, à moins que ceux-ci ne soient très élevés, tant de causes d'erreur se glissent pour fausser ces appréciations brutales. Comment laisser à un employé de bureau une sélection que le médecin ne sait pas toujours effectuer ? On ne peut classer les pauvres, sous peine de ne voir à l'hôpital que des pauvres officiels, souvent de faux pauvres, peu dignes d'intérêt, et de laisser hors de l'hôpital de vrais pauvres, dignes de l'assistance hospitalière.

D'ailleurs nous ne pouvons nier que l'hôpital soit appelé malgré nous, dans un avenir prochain à soigner toute la classe moyenne. Le mouvement de solidarité sociale qui nous entraîne, qui produit une véritable éclosion d'œuvres d'assistance et de prévoyance (œuvres d'initiative privée, de mutualités ou d'Etat) nous fait penser que la réforme effectuée depuis longtemps pour l'enseignement aura lieu pour les soins médicaux. Nous allons insensiblement au *collectivisme de l'hôpital.*

Ainsi l'Etat, pour l'intérêt commun, établit le droit à l'hôpital ; la charité seule actuellement décide dans

quelle mesure ce droit peut être étendu. Le médecin, dont la première qualité est d'être charitable, doit savoir soigner même à tort quelques fausses misères, pour en soulager le plus possible de vraies.

Toutes les fois qu'il s'agit d'assistance, la même difficulté surgit qui est de déterminer ceux qui en sont justiciables. Faire une large part à la bonté vis-à-vis des malheureux, telle doit être la maxime à suivre ; mais encore ne doit-on pas aller trop loin, et nuire à la société dont on distribue les fonds et dont on dispense la charité.

CHAPITRF VI

Abus de l'hôpital par les malades aisés ou riches

Beaucoup de malades, riches ou aisés, abusent de l'hôpital, et il y a là une cause d'encombrement qui doit retenir notre attention. Cette question, qui n'est pas nouvelle, a été étudiée à tous les congrès d'assistance. A peine le syndicat des médecins de la Seine était-il fondé qu'elle était portée à l'ordre du jour de ses délibérations.

Dès 1892, M. de Beurmann communiquait au syndicat des médecins de la Seine un travail sur les consultations gratuites des hôpitaux et démontrait qu'un grand nombre de faux pauvres envahissent les salles de consultation et prennent indûment la place des indigents.

La même année, le Dr Fissiaux signale des abus analogues.

En 1894, le Dr Le Blond présente au nom du syndicat un rapport au congrès d'assistance de Lyon et l'unanimité du congrès vote les conclusions suivantes :

1° Les établissements de bienfaisance ayant été créés en

vue de secourir les indigents ou les nécessiteux. en un mot tous les déshérités de la fortune, doivent fermer impitoyablement leurs portes aux faux pauvres.

2° Il convient d'établir un contrôle sérieux de tous les individus qui viennent demander des secours à ces établissements, le contrôle actuel étant illusoire, puisqu'il permet l'hospitalisation de gens très aisés, moyennant des prixdérisoires.

Comme corollaire le rapporteur demandait que les pouvoirs publics fussent saisis d'un projet de loi contenant les articles suivants :

a) L'hôpital est réservé aux seuls indigents et aux personnes privées de ressources.

b) Quiconque, se trouvant dans une situation de fortune lui permettant de subvenir aux soins que nécessitent son état de maladie, aura eu recours aux établissements de bienfaisance, commet une contravention.

c) Quiconque, hormis les cas d'urgence, aura commis cette contravention, devra rembourser les frais qu'il aura occasionnés, et sera passible en outre d'une amende de 5 à 15 francs. En cas de récidive, il pourra en outre être frappé d'une peine de un à cinq jours de prison.

d) Toutefois, dans les localités où l'initiative privée est impuissante à assurer un traitement convenable aux personnes ne figurant pas dans la catégorie ci-dessus visée, les établissements d'assistance pourront par exception créer des salles ou des chambres payantes.

La réorganisation des consultations et l'établissement des circonscriptions hospitalières opérés le 2 mai 1895 étaient de nature à éloigner les malades aisés de l'hôpital. Ceux-ci savaient ne pas risquer d'y

être coudoyés et reconnus par les indigents de leur quartier et surtout d'y être admis concurremment. Malheureusement il est des hôpitaux où cette organisation reste encore lettre morte, au moins en ce qui concerne la consultation.

Cette même question, portée devant le II[e] Congrès national d'assistance réuni à Rouen en 1897 par les D[rs] Gourichon, Noir, Le Blond a donné lieu à un vote de conclusions semblables.

En 1898, M. Variot, voyant à sa consultation hospitalière deux dames trop bien mises, leur réclama 20 francs qu'il remit à son interne pour les malades de son service. Cet incident, diversement jugé, fit grand bruit et attira de nouveau l'attention sur l'abus des consultations gratuites.

Le D[r] Thiéry demande l'autorisation d'apposer à la porte de la consultation une affiche rappelant que la consultation est réservée aux indigents et aux nécessiteux.

Peu après le Directeur général de l'Assistance publique adresse aux chefs de service une circulaire leur enjoignant de ne pas recevoir de malades non indigents sans lui avoir adressé une demande qu'il déclare ne pouvoir satisfaire qu'à titre tout à fait exceptionnel.

La même année, en 1898, le D[r] Porson avait soumis au Conseil supérieur de l'Assistance publique des propositions établissant le principe de l'hôpital au pauvre, et refusant cet asile à toute personne payant patente ou occupant un loyer de plus de

1.000 francs. Devant ces doléances répétées, le Conseil supérieur de l'Assistance, dans sa séance du mois de mars 1898, s'était élevé contre l'admission des malades aisés dans les hôpitaux.

Une addition à la note de l'article 26 du projet de règlement intérieur des hôpitaux ou hospices a été formulée de la façon suivante :

« Les hôpitaux peuvent recevoir dans les locaux *spéciaux* et moyennant un prix suffisamment rémunérateur pour que le bien des pauvres ne puisse pas être compromis.

1° Des malades atteints de maladies contagieuses, soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune ; mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être soignés à domicile utilement pour eux-mêmes et sans péril pour autrui ;

2° Des malades étrangers de passage, atteints de maladies soit chirurgicales, soit médicales, *lorsqu'il n'existe pas dans la commune de maison de santé.* »

En 1899, le Conseil a admis une troisième catégorie de payants de faveur.

3° Les malades habitant la commune, dont le cas nécessite une opération grave ou un traitement spécial, quand il sera constaté qu'il est impossible de le faire dans des conditions satisfaisantes soit à domicile, soit dans une maison de santé.

Il restait à établir le tarif applicable à ces malades payants ; le Dr Regnard proposa alors au Conseil supérieur le vœu suivant qui fut adopté.

4° Les malades payants pourront être admis dans ces chambres ou salles moyennant un prix variable toujours élevé et très supérieur au prix de revient.

5° Le Conseil émet le vœu qu'à l'avenir le préfet n'approuve aucune délibération par laquelle une commission administrative créerait une chambre ou une salle payante sans en avoir référé au ministre de l'Intérieur.

Le Conseil supérieur n'accordait pas d'honoraires aux médecins.

Enfin en 1900, le Dr Thiéry résume la question dans un rapport très documenté, présenté au Congrès de Médecine professionnelle. L'auteur reprenait la proposition du Dr Le Blond pour la création de bureaux d'assistance et d'enquêteurs de quartier. Ces bureaux, administrés par des personnes charitables, devaient être chargés de faire des enquêtes sur l'état de fortune des habitants de leur quartier, de leur rue, et de transmettre à l'administration des renseignements précieux sur les moyens d'existence des malades réclamant l'hospitalisation.

C'était l'application plus rigoureuse d'une mesure existant depuis longtemps.

M. Thiéry proposait en outre la création de permis de consulter et de bons d'hôpital, que le postulant devait retirer au bureau de bienfaisance, et qui lui auraient donné droit à la consultation et à l'admission à l'hôpital ; enfin il admettait des sanctions pénales (dommages-intérêts, emprisonnement en cas de récidive) applicables aux cas d'hospitalisation abusive (1).

---

1. Nous remercions le Dr Thiéry pour l'obligeance qu'il a mise à nous communiquer ce rapport.

En exécution des vœux émis, M. Mourier fit afficher en 1902 l'avis suivant :

La *consultation est réservée aux personnes indigentes ou nécessiteuses, domiciliées à Paris ou dans le département de la Seine.*

Toute personne qui se présentera à la consultation d'un hôpital pour y obtenir son admission ou simplement une consultation, devra faire la preuve de son identité par une carte d'électeur ou d'inscription au bureau de bienfaisance, certificat délivré depuis moins d'un mois (1) par la mairie du domicile, attestant ce domicile et la situation d'indigence, quittance de loyer, enveloppes de lettres, etc.

L'administration de l'Assistance publique se réserve de faire procéder à des enquêtes à domicile afin de vérifier l'exactitude des renseignements fournis, et au besoin de mettre en recouvrement d'office les frais de consultation sur toute personne dont la situation ne serait ni indigente, ni nécessiteuse.

En 1906, le Dr Leredde revenait sur cette question au syndicat des médecins de la Seine.

Les abus signalés par tous ces auteurs concernent surtout la consultation, et particulièrement les consultations spéciales. La raison en est facile à saisir. Beaucoup de malades aisés qui répugneraient à être soignés à l'hôpital, redoutent moins les promiscuités de la consultation. Les consultations spéciales sont fort chères en ville ; à l'hôpital elles sont faites par un médecin réputé, et elles échappent pour la plu-

1. A Londres un certificat d'indigence de moins de quinze jours est nécessaire pour être admis à l'hôpital.

part aux limites des circonscriptions hospitalières ; on a peu de chance d'y être reconnu par les indigents de son quartier ; enfin réclamer une consultation gratuite donne l'émotion d'une petite fraude, doublée de l'attrait qui s'attache à l'inconnu. Pourtant de nombreux malades riches n'hésitent pas à se faire hospitaliser, surtout en chirurgie où les honoraires sont généralement élevés, quand il s'agit d'une opération grave.

Nulle part les malades aisés ne viennent plus en foule que dans les maternités ; à Paris sur 55.000 naissances 16 à 18.000 accouchements environ se font dans les locaux de l'Assistance publique. Il faudrait donc admettre qu'un tiers environ des familles est composé d'indigents. Il est plus simple de ne voir là qu'un abus de l'hospitalisation. Ces abus s'expliquent par la propreté, le confort, presque le luxe de l'installation de certaines maternités ; ils coûtent fort cher, chaque accouchement revenant à 160 francs dans quelques maternités. Ils sont enfin injustifiés, car les accouchements qui nécessitent une intervention sont rares ; la plupart pourraient être faits par des sages-femmes. M. Variot, qui signale ces abus, pense que les bénéfices réalisés sur l'hospitalisation inutile pourraient être employés à l'assistance à domicile des femmes enceintes de condition moyenne.

Malgré les discussions nombreuses qu'ils ont soulevées, et les mesures proposées ou prises contre eux, ces abus, loin de décroître, tendent à augmenter. Ils constituent certainement la cause la plus puissante de l'ac-

croissement progressif de la population hospitalière.

D'après M. Bertillon, la moitié des Parisiens lorsqu'ils sont malades, se font soigner aux frais de l'Assistance publique et s'indigneraient si on les considérait d'autre part comme des indigents. Cet auteur se fonde sur la proportion des décès survenus, soit dans les services d'hôpitaux dépendant ou non de l'Assistance publique, soit parmi les malades secourus à domicile, relativement à la totalité des décès. Il conclut qu'une proportion analogue existe pour les maladies n'ayant pas entraîné la mort.

Voici comment se répartissent en 1905 les décès survenus à Paris (abstraction faite de la banlieue).

Décès	53.220
Hôpitaux et hospices de l'Assistance publique ...	16.640
Autres hôpitaux et hospices publics	264
Secourus à domicile.........................	2.627
Prisons, etc	313
Hospices extra-muros........................	1.181
Enfants assistés extra-muros	988
Aliénés extra-muros (asiles publics)............	1.407
Maison de Nanterre	1.301
— de Villers-Cotterets, environ...........	500
	25.221

Parmi les Parisiens, 48 o/o ont donc fait soigner aux frais d'autrui la maladie qui les a mis au tombeau.

En 1880, cette proportion n'était que de 29 o/o et s'est maintenue à ce niveau jusqu'en 1891. Depuis cette époque elle a grandi rapidement d'année en

année, marquant une tendance déplorable au collectivisme médical.

Les anecdotes abondent d'hospitalisation abusive. On en trouve d'amusantes dans tous les rapports écrits sur cette question Nous n'en citerons qu'une entre mille, parce qu'appartenant à un passé déjà lointain, elle nous montre que ces abus ont existé de tout temps.

Le professeur Velpeau la racontait, dans son service à la Charité, en 1866 :

« M. le marquis X... se présente à ma consultation. Après examen, je reconnais qu'il est atteint de la pierre et qu'une opération est indispensable. Le marquis se retire, mais non sans me demander timidement le prix de mes honoraires.

« — 10.000 francs, lui dis-je.

« Quatre ou cinq mois après, je trouve dans mon service, en entrant, un Pierre Simon, valet de chambre du baron de X..., habitant le Midi.

« Je reconnais très bien mon marquis, mais ne lui en laisse rien paraître; et pour entretenir ses illusions pendant quelques jours, tous les matins je l'accable de lazzis sur ses fonctions picaresques.

« Je confirme mon diagnostic... et l'opération réussit à merveille.

« Le jour de l'*exeat*, faisant une fausse sortie, je reviens précipitamment vers lui :

« — Monsieur le marquis, lui dis-je, si, avant huit jours, vous n'avez pas versé 10.000 francs à la caisse des pauvres, je dis votre histoire à tous vos amis...

« Le marquis s'exécuta ! »

Il est clair qu'un malade aisé venant à l'hôpital lèse les intérêts des pauvres : il occupe le lit qui leur est destiné et reçoit les soins médicaux qui leur sont dus : il frustre le corps médical de deux façons : en absorbant le temps des médecins des hôpitaux et de leurs assistants et en privant les médecins de la ville d'honoraires qui leur reviennent. Or les médecins des hôpitaux ne donnent leur temps qu'aux pauvres, et les médecins de la ville paient patente pour soigner les riches. On peut même soutenir que le malade se nuit à lui-même, en étant une cause d'encombrement et des conséquences qui en découlent.

Parmi ces malades, nous l'avons dit, les uns sont de bonne foi ; ils croient avoir droit à l'hôpital où ils prétendent être chez eux puisqu'ils sont contribuables et qu'ils paient ! Les plus nombreux n'ont en vue que l'économie qu'ils réalisent ainsi. Certains n'hésitent pas à se donner à l'aide de déguisements des allures d'indigents ; ainsi tandis que les premiers, inconscients et crâneurs, débarquent en fiacre ou en automobile, les seconds endossent parfois sans honte les effets les plus malpropres, les chemises les plus douteuses ; ceux-là ne peuvent s'empêcher de faire sentir leur supériorité ; ils bousculent les indigents, refusent d'attendre dans la promiscuité de la salle commune, affectent de dédaigner l'avis de l'interne, demandent au chef force explications et s'en vont le plus souvent mécontents, hautains pour le personnel, estimant après tout la consultation reçue à la valeur de ce qu'elle leur coûte ; ceux-ci, au contraire, timides, s'effacent, se font tout

petits, ne jouent pas leur rôle sans une certaine émotion et sans crainte d'être découverts. Aussitôt sortis de l'hôpital, ils trouvent tout naturel, après avoir ainsi dépouillé le pauvre et volé le médecin, de dépenser le prix des honoraires au cabaret à boire, ou dans un magasin de nouveautés à une futilité.

Trop souvent, il est vrai, c'est le médecin lui-même, ô ironie ! qui enseigne à son client le chemin de l'hôpital en lui donnant une lettre d'introduction auprès d'un de ses maîtres, et le médecin crée ainsi une troisième classe de «...voleurs des pauvres », qui, pour être irresponsable, n'est pas la moins nombreuse. Si cette lettre d'introduction est parfois arrachée à sa faiblesse, il faut avouer que généralement le médecin est le premier à la proposer, pour vérifier un diagnostic embarrassant et mettre sa conscience en repos. La lettre qui ôte au malade toute appréhension de l'hôpital ouvre toutes grandes les portes des consultations, des salles à la plupart des malades aisés qui s'y trouvent ; presque tous les autres y entrant en donnant une fausse adresse. Une fois hospitalisés, ces malades, recommandés ou non, ne savent pas toujours garder l'air humble de l'indigent qu'ils exilent, et loin de s'efforcer de faire oublier leur condition moins modeste, ils s'attachent plutôt à montrer tous les défauts des riches. Ils sont exigeants, nerveux, impressionnables, ils s'observent à l'excès, se plaignent toujours et de tout, ne pardonnent pas la moindre faute au personnel et accaparent presque tout le temps du médecin pour leur précieuse personne. Sortis de l'hôpital, ils

en disent parfois tout le mal possible, n'ayant pas seulement la pudeur du silence.

Quelques-uns savent s'attirer le respect de chacun par d'adroites manœuvres ; leur politesse et leur distinction affectée incitent aux égards ; ils gagnent le chef par une lettre dithyrambique, l'interne par des compliments, la surveillante par un bouquet, l'infirmière par des pourboires — d'ailleurs défendus. Le chef ou l'interne les interrogent avec plus de ménagements sinon plus de soin ; les élèves osent à peine les examiner ou le font avec timidité ; les malades, d'un regard, d'un geste ou même par une observation, les avertissent qu'ils viennent à l'hôpital pour y être soignés et qu'ils ne sauraient s'abaisser à être utiles à l'enseignement. Ces derniers sont ravis de leur séjour et sortis de l'hôpital, il faut reconnaître qu'ils en disent le plus grand bien. Ils redoutaient l'hôpital, imaginant dans leurs préjugés les horreurs de l'hôpital d'autrefois, maintenant ils lui gardent une profonde reconnaissance et ils y retourneraient sans crainte ! Ils louent la bonté des médecins, les prévenances du personnel, la propreté et la bonne tenue de la maison à laquelle ils font toute la réclame qu'ils peuvent, et où ils essaient à l'occasion d'envoyer leurs amis.

Livret sanitaire individuel. — Suppression du droit d'interdire une autopsie

Rien n'est plus difficile que d'empêcher l'envahissement de l'hôpital par les malades riches ou aisés. Etant donnée l'impossibilité où nous sommes de déter-

miner la frontière entre la pauvreté et la richesse, le devoir du médecin est d'être charitable et de ne chercher à réprimer que les abus les plus criants. Or, ces abus paraissent résister à toutes les circulaires, affiches, enquêtes dirigées contre eux, puisque les statistiques montrent que loin de diminuer, ils augmentent. On ne saurait donc espérer plus d'effet par ces moyens de sélection. Cela ne saurait nous étonner si nous admettons que les malades aisés qui se glissent dans les salles sans être munis de lettre d'introduction donnent un faux nom ou une fausse adresse avec la complicité achetée d'un concierge.

On ne saurait nier pourtant que des résultats aient été obtenus à la consultation. M. Lermoyez constate qu'à sa consultation spéciale, les fraudes sont moins fréquentes. Dès que le consultant suspect soupçonne l'enquête dirigée contre lui, il s'abstient généralement de reparaître, pour ne pas essuyer l'affront d'un refus de traitement.

Plusieurs auteurs, frappés de ce fait que les personnes aisées se présentent moins à la consultation du bureau de bienfaisance qu'à celle des hôpitaux proposent de les réunir et de faire signer l'admission dans les hôpitaux par les médecins des bureaux de bienfaisance. Il y a au fait signalé trois raisons : La consultation du bureau de bienfaisance est plus régionale que celle des hôpitaux : le renom des consultants est moins considérable ; les enquêtes y sont mieux faites, car on distribue des médicaments. Pour-

tant les conclusions de ces auteurs sont réfutées par M. Thiéry pour trois raisons principales.

L'organisation proposée bouleverserait le recrutement des médecins des hôpitaux et supprimerait un organe important d'assistance.

Les consultations d'hôpitaux ne font pas double emploi avec celles du bureau de bienfaisance, puisqu'on y pratique de petites opérations.

On a proposé enfin l'admission à domicile, faite par un médecin de l'Assistance publique après demande du malade au bureau de bienfaisance. Cette combinaison serait excellente, si elle était pratique.

Peut-être ne serait-il pas impossible d'obtenir une cessation presque absolue des abus par la création d'un *livret sanitaire individuel*.

Ce livret, délivré par le bureau de bienfaisance, ou après enquête faite par lui, donnerait à l'indigent le droit de consulter à l'hôpital et d'y être reçu. Nul ne pourrait se faire admettre sans ce livret, hormis le cas d'urgence. L'idée de ce livret n'est pas nouvelle, mais l'essai loyal ne paraît pas en avoir été fait pendant un temps suffisant.

Sur ce livret seraient notées les affections graves survenues dans la vie du détenteur et de nature à renseigner le médecin sur son passé pathologique. Il serait une véritable observation, tenue à jour, mais ne relatant d'une façon succincte que les faits dignes d'intérêt pour l'avenir. Les avantages d'un tel carnet seraient inappréciables, il resterait entre les mains de l'administration où il aurait peu de chances de

s'égarer, il constituerait la première partie de l'observation si difficile à obtenir dans certains cas et dont l'exactitude et la précision sont toujours sujettes à caution. Il deviendrait d'une utilité primordiale pour établir un diagnostic précis et un traitement efficace. Ce livret permettrait à chaque service d'avoir une clientèle de malades qui lui seraient toujours renvoyés, au moins au prorata des places disponibles. Les malades y gagneraient d'être soignés par un médecin unique, et de bénéficier, comme dans la clientèle privée, d'une unité plus absolue de soins et de traitement. Le médecin aurait cet avantage inappréciable de suivre ses malades à l'hôpital comme en ville jusqu'à *l'autopsie qu'il serait toujours possible de pratiquer*. Ce serait la réunion idéale des avantages de la clientèle privée et de la clientèle hospitalière. Quel intérêt nouveau pour le médecin ! Journellement nous avons la pénible surprise de ne pouvoir faire une autopsie. Nous avons suivi avec intérêt un malade, dont une partie, la plus scientifique de l'observation, nous est ravie par un préjugé suranné, si nuisible à nos études. Combien de malades nous échappent, vont mourir dans un service voisin où on les ignore, où l'on néglige leur autopsie, qui serait si instructive, si l'on connaissait leur passé pathologique depuis de longues années. Chaque détail nécropsique acquerrait une nouvelle importance. Nous n'aurions plus besoin de chercher à fléchir, tantôt le malade intéressant pour qu'il reste dans le service, dans l'espoir inavoué de le garder jusqu'à sa mort,

tantôt la famille de celui-ci pour qu'elle veuille bien nous permettre la vérification anatomique.

Il n'est pas douteux que la création du livret sanitaire soulèverait toutes sortes de réclamations et de sarcasmes, aussi bien des médecins et du personnel que des malades. Nous pensons cependant que ses avantages compenseraient largement les inconvénients qu'il ne peut manquer d'entraîner.

La même difficulté se présente toujours. A qui accorderait-on ou refuserait-on ce livret ? Il nous semble qu'on ne devrait le refuser que d'une façon tout à fait exceptionnelle, en cas d'abus avéré. Dans tous les autres cas le malade aisé, craignant l'enquête, s'abstiendrait lui-même de réclamer soit le livret, soit l'hospitalisation.

On dira que les pauvres honteux n'oseront pas solliciter un pareil livret au bureau de bienfaisance. Nous répondrons que ce livret n'ayant rien d'infamant, les malades pourront sans fausse honte se présenter au bureau de bienfaisance comme à la consultation. Il serait d'ailleurs de l'intérêt de tous de simplifier les démarches permettant l'obtention de ce livret.

L'administration aurait de ce fait un surcroît de travail considérable ; mais par contre le livret simplifierait bien des paperasseries, en particulier il remplacerait la pancarte actuelle et restreindrait beaucoup les enquêtes.

Il n'est pas douteux que quelques vagabonds d'hôpital se feraient admettre sous un faux nom, feraient établir un carnet dans plusieurs quartiers différents

pour être ainsi admis dans plusieurs hôpitaux. Mais cette fraude, étant donné ses difficultés de réalisation, resterait forcément très limitée.

Ce livret ne constituerait aucune atteinte au secret médical, puisqu'il resterait à l'hôpital. On pourrait déterminer ultérieurement dans quelle mesure les patrons, par exemple, pourraient en prendre connaissance pour faire œuvre de prophylaxie.

On peut arguer également que les malades revenant constamment dans les mêmes salles n'offriraient pour ainsi dire aucune variété, aucun intérêt nouveau pour les élèves et le médecin. Notons que cette distribution ne serait pas si absolue, en raison des nécessités imposées par les lits vacants ; de plus, les chroniques, qui paralysent l'activité d'un service, si l'on évacuait les tuberculeux, seraient plus rares. D'ailleurs est-il besoin d'un très grand nombre de malades pour apprendre à faire un bon examen ?

Enfin l'intérêt supérieur du malade nous paraîtrait bénéficier d'une telle modification.

Ajoutons que si l'autopsie était toujours possible, les malades aisés ne fréquenteraient guère les hôpitaux. En échange des soins gratuits qu'il reçoit, le malade devrait avoir l'obligation formelle d'être utile à l'enseignement dans la plus large mesure. Le malade aisé s'efforce toujours d'échapper à cette obligation.

Lit payant. — Lit proportionnel. — Maison Dubois

Puisque entre les indigents et les riches se trouve une classe fort nombreuse, très intéressante, car elle

est composée de travailleurs, ouvriers, petits employés, petits commerçants, artistes, qui pour la plupart gagnent assez largement leur vie, mais ne peuvent faire de frais considérables, ne serait-il pas logique d'admettre tout le monde à l'hôpital, en faisant payer chacun selon ses moyens ou suivant le luxe ou le confort dont il est entouré ? Un hôpital ainsi conçu existe à New-York.

Il serait possible, semble-t-il, après enquête, de taxer chaque malade assez équitablement, et, n'y arriverait-on qu'imparfaitement, cela vaudrait mieux que le partage brutal qui fait ou payer cher en ville, ou ne rien débourser à l'hôpital. Par cette nouvelle organisation du lit proportionnel, l'encombrement hospitalier ne saurait diminuer, mais le taux exigé pourrait être assez élevé pour qu'il n'augmentât pas sensiblement. En tous cas l'assistance y percevrait des sommes considérables qui lui permettraient d'étendre son action. Ceci nous amène à envisager le lit payant ou plutôt le malade payant (et la maison Dubois) et aussi le pansement payant et la consultation librement payante.

L'origine du lit payant (1) est due, paraît-il, à la demande d'un chef de service qui, désirant recevoir une malade n'ayant aucun droit à l'hospitalisation, proposa d'acquitter les frais de son séjour. Le directeur général de l'Assistance publique saisit le Conseil municipal de cette requête et institua la possibilité du lit payant. Le prix du lit est fixé à :

1. Il n'y a en réalité de lits payants qu'à Ricord et à Saint-Louis (2 pavillons) ; les autres lits sont gratuits, mais un malade non indigent peut payer l'un de ces lits pendant la durée de son séjour.

3 fr. 30 en médecine 5 fr. en chirurgie	pour les adultes
2 fr. 80 en médecine 3 fr. 50 en chirurgie	pour les enfants

(Arrêté du préfet de la Seine du 24 juin 1895.)

Ce prix est applicable à tous les malades solvables, qu'ils soient de Paris ou viennent de la banlieue ou de la province.

Ce prix va, dit-on, être augmenté. Il représente, ou plutôt est censé représenter les frais occasionnés par jour d'hospitalisation. En réalité, la dépense moyenne est de 4 fr. 30. Le prix est donc insuffisant ; d'ailleurs il ne tient aucun compte du prix de l'immeuble ou des terrains de l'Assistance publique, ni des honoraires médicaux. Comme M. Thiéry l'a montré, ce n'est pas 3 francs, mais 15 francs qu'il faudrait payer à l'Hôtel-Dieu pour acquitter tous les frais d'hospitalisation, et ces frais sont éminemment variables suivant les hôpitaux. De plus ce système est déplorable, car le malade a tendance à croire qu'il indemnise suffisamment l'hôpital et qu'il peut s'y considérer comme chez lui. Onéreux pour l'indigent, le lit payant est donc insuffisamment taxé pour le malade aisé. Le malade aisé, qui paie son lit à l'hôpital, lèse donc les intérêts des pauvres et des médecins et on peut reprendre pour lui le raisonnement que nous tenions pour le malade aisé qui ne paie pas son lit ; le premier est seulement plus honnête que le second. Il faut ajouter que presque jamais les malades payants n'acquittent entièrement l'Assistance publique, qui

préfère généralement accepter un acompte que d'engager des poursuites stériles. Les malades s'imaginent facilement que frustrer l'Assistance publique, c'est ne voler personne (1).

Le lit payant, tel qu'il existe, est donc injuste et immoral. Il amoindrit le rôle de l'Assistance Publique. On ne peut nier cependant qu'il réponde à un véritable besoin. Si les malades de la classe moyenne envahissent l'hôpital, ce n'est pas toujours, il faut l'avouer, parce qu'il ne veulent pas payer d'honoraires, c'est plus généralement parce qu'ils trouvent trop élevés les honoraires croissants des grands maîtres. Ils sont tentés de recevoir gratuitement ce qu'ils ne peuvent obtenir pour un prix modeste. On ne saurait trop les en blâmer. Il est vrai que nombreux sont les médecins et même les chirurgiens de réelle valeur qui accordent leurs soins, moyennant une rétribution modeste, accessible à toutes les bourses. Mais la gamme n'est pas complète entre l'hôpital gratuit et les maisons de santé les plus luxueuses. Il y manque les maisons de santé pour les malades peu fortunés.

Un organe de ce genre existe, c'est la maison Dubois. Pour des sommes modestes, 6 francs par jour, les malades peu fortunés reçoivent à la maison municipale de santé les soins de médecins et de chirurgiens des hôpitaux. Ils ont des chambres séparées, un personnel nombreux et stylé à leur disposition, en un mot les avantages de l'hôpital avec le confort

1. En 1907, l'Assistance a touché 395.000 francs pour les malades payants.

d'une maison de santé. Pourtant la maison Dubois a une fort mauvaise presse, et tout le monde est d'accord pour réclamer sa transformation en hôpital ordinaire. Les sociétés médicales professionnelles, le corps médical des hôpitaux se sont élevés à plusieurs reprises contre les abus qu'engendre cette maison. C'est qu'elle ne remplit pas son rôle, qui devrait être d'hospitaliser, dans des conditions très avantageuses, les malades qui, sans être à la charge de la charité publique, ne peuvent acquitter complètement les frais d'une longue maladie (fièvre typhoïde par exemple), ou d'une opération chirurgicale.

Or, le recrutement de cet hôpital est défectueux, sa clientèle étant surtout composée de malades qui pourraient parfaitement honorer leur médecin. Les gens riches de la province ou de l'étranger se font soigner ainsi, pour un prix dérisoire, à la maison Dubois. De là vient tout le mal. Ces malades essaient parfois de corrompre par des gratifications le personnel ou même les élèves, en leur demandant de continuer à domicile les soins qu'ils reçoivent à l'hôpital. Les largesses de cette clientèle d'exotiques, d'actrices, chassent de la maison Dubois les petits employés qui devraient y être soignés et qui, à tort ou à raison, se jugent négligés du personnel. L'immoralité y règne, paraît-il...

Si donc le lit du pauvre est souvent usurpé par le malade aisé, on peut dire qu'à la maison Dubois, la place du malade peu fortuné est occupée par le malade riche ou indigne de la charité que confère cet

asile. Pourtant, en raison du mauvais renom de la maison, les chambres y restent souvent vides. C'est ce qui explique que la maison Dubois, loin d'être une source de revenu pour la ville de Paris, fournit chaque année un déficit d'environ 100.000 francs.

La situation est meilleure cette année, et on espère que la création de salles destinées à des enfants diminuera le passif accumulé. Cette maison doit néanmoins être désaffectée, assimilée à un hôpital ordinaire et remplacée par plusieurs maisons de santé remplissant le but qu'elle n'a pu atteindre.

La direction des maisons de santé dont la création s'impose ne peut être confiée qu'à une administration privée, absolument indépendante de l'Assistance publique qui doit donner ses soins gratuitement. Ces maisons de santé recevraient les malades de condition modeste, capables d'acquitter intégralement le prix d'hospitalisation et de rémunérer leur médecin selon leurs moyens. Beaucoup de jeunes médecins consacreraient volontiers une partie de leur temps à soigner, pour des honoraires minimes, les gens de la classe nécessiteuse qui auraient ainsi la faculté de choisir leur médecin et leur chirurgien. L'organisation de maisons de santé ainsi conçue est délicate, mais possible, car elles ne constitueraient pas une concurrence déloyale envers les médecins, puisque ceux-ci pourraient continuer à y soigner leurs malades. Il existe d'ailleurs un projet tout prêt, que les sociétés médicales ont discuté, et qu'ont mis au point deux confrères parisiens, MM. Dutard et Hamon. Il

s'agit de créer à Paris des maisons de santé à bon marché, appartenant au corps médical, ouvertes à tous les médecins qui leur enverraient les demi-pauvres, les mutualistes et les accidentés du travail. Il ne manque à ce projet que les capitaux.

Il est juste de rappeler que ces mesures sont proposées depuis dix ans.

Le pansement payant institué par la circulaire du 3 juin 1901 est tarifié 0 fr. 75 (1). Ce pansement, souvent fait par des infirmiers, pourrait avantageusement être laissé aux médecins de la ville, à qui l'assistance publique fait, sans bénéfice aucun, sans avantage pour le malade et parfois à son préjudice, une concurrence déloyale.

La *consultation librement payante*, proposée par Ladreit de la Charrière, constituerait une concurrence indigne et ne saurait soutenir la critique pour les raisons que nous avons plusieurs fois invoquées.

1. En 1906, il y eut 3.015 malades pansés. (Accidents du travail.)

VII

Malades de Province

L'inconnu de la grande ville, le renom de ses médecins, de ses chirurgiens, la supériorité de son installation hospitalière ont de tous temps attiré beaucoup de provinciaux. Il est très tentant de venir à Paris subir une opération sans bourse délier, et de se procurer ainsi, en même temps que la santé, l'occasion d'un voyage d'agrément. Aussi les habitants de la province ont-ils de tous temps usé des hôpitaux de Paris. Quant les moyens de communication étaient très difficiles, les provinciaux n'avaient pas l'idée ou la possibilité de venir en foule dans la capitale ; nous lisons dans le mémoire de Tenon que l'Hôtel-Dieu reçoit les malades sans distinction d'origine et de pays.

A mesure que les moyens de communication se développent, nous voyons parallèlement les provinciaux envahir Paris et abuser de ses hôpitaux. C'est donc de deux façons que les provinciaux viennent encombrer ceux-ci. L'exode rural, l'abandon des campagnes pour les grands centres, qui fait affluer à Paris

quantité de paysans, y introduit aussi beaucoup de malades. M. Bertillon a montré dans ses statistiques que les départements sont venus grossir Paris, à mesure que l'établissement des voies ferrées a permis les commodités de transport. Ce sont surtout les départements pauvres comme la Bretagne, qui, malgré leur éloignement, ont fourni à Paris un contingent considérable. G. Bourgeois constate que les immigrés fournissent les deux tiers ~~de la~~ population parisienne et paient un lourd tribut à la tuberculose, puisque le taux de la mortalité par cette maladie atteint pour eux le chiffre effroyable de 62 o/o, alors que la proportion des décès de phtisiques dans les hôpitaux représente à peu près la moitié de la totalité des décès. Si, d'autre part, nous remarquons que cette mortalité par tuberculose survient chez le jeune, nous nous convaincrons facilement que la tuberculose fait beaucoup de victimes chez ceux qui viennent à peine de quitter leur pays d'origine. L'ouvrier venu à Paris chercher du travail, la fille séduite sont des victimes du fléau tuberculeux qu'on rencontre à chaque instant dans les salles d'hôpital.

Et pourtant quand on recherche la proportion des Provinciaux parmi les vieillards malades, on voit qu'elle est encore plus forte que pour les adultes ; la plupart des provinciaux qui fournissent cette population hospitalière sont venus à Paris à un âge avancé, souvent dans l'espoir unique de mendier les secours de l'Assistance publique.

Nous n'insisterons pas davantage sur cet exode

fâcheux des ruraux vers les grandes villes et particulièrement vers Paris, ni sur ses raisons complexes, ni sur ses conséquences si graves au point de vue social, et bien qu'il y ait là une cause particulièrement puissante d'encombrement hospitalier.

Le provincial qui vient à Paris, uniquement pour se faire soigner, commet un abus, et il y a lieu de rechercher les moyens de l'évincer.

La loi du 24 vendémiaire an II prescrivait que l'indigent malade doit être soigné par l'hôpital de la commune, ou à son défaut par l'hôpital le plus voisin. Un arrêté du 29 avril 1854 confirme la loi précédente et y ajoute la restriction suivante : sauf si le malade sans ressources est atteint hors de la commune de son domicile.

Après cet arrêté, une circulaire fut adressée le 19 mars 1855 par le ministre de l'Intérieur aux préfets des départements, dans le but de mettre obstacle à l'affluence considérable des provinciaux malades se rendant à la capitale, Cette circulaire invitait les préfets à porter à la connaissance des maires des communes le décret du 29 avril 1854 ; mais elle ne donna pas tous les fruits qu'on pensait en obtenir. Les abus diminuèrent ; la plupart des malades qui venaient de bonne foi se faire soigner à Paris s'abstinrent ; les fraudeurs ne furent jamais complètement désarmés.

En 1859, nous dit Husson, plus de 1325 provinciaux indigents étaient venus à Paris pour y être soignés ;

l'administration dut les éconduire en gardant seulement ceux qu'il était imprudent de renvoyer.

La loi du 15 juillet 1893 fixa le domicile de secours d'une façon plus précise que les lois précédentes.

Le 12 octobre 1900, le ministre de l'Intérieur adresse une nouvelle circulaire aux préfets pour que les municipalités, sauf dans des cas tout à fait spéciaux et après entente avec l'Assistance publique, s'abstiennent de diriger leurs malades sur les hôpitaux de Paris. Cette circulaire n'ayant pas attiré suffisamment l'attention des préfets et des municipalités, le Président du Conseil, par l'intermédiaire de M. Monod, adresse le 1er août 1902 une nouvelle circulaire dont voici les passages principaux :

« M. le Préfet de la Seine vient de m'exposer que ces instructions n'auraient pas été observées par un grand nombre de municipalités, et que les malades de la province continueraient, comme par le passé, à affluer dans les hôpitaux parisiens, déjà trop encombrés. A s'en rapporter aux renseignements fournis par ces malades, ceux-ci quitteraient leur résidence sur les conseils de leur médecin et souvent même du maire de leur commune qui leur délivrerait un certificat d'indigence ; et ils se présentent à un hôpital de Paris, sans qu'une demande ait été adressée au préalable à l'Assistance publique de cette ville.....

« Il convient de faire savoir aux habitants de la province qu'ils ne peuvent être admis dans les hôpitaux parisiens qu'après en avoir fait la demande et après avoir obtenu l'autorisation sollicitée, *les frais de séjour devant toujours être*

remboursés à l'administration générale de l'Assistance publique à Paris. »

Ainsi, comme on pouvait le prévoir, ce ne sont pas seulement les provinciaux riches ou aisés qui viennent à Paris dans l'espoir d'y être soignés gratuitement et de réaliser une économie. Ce sont aussi les provinciaux indigents qui viennent mendier à Paris leur guérison. Ils le font, poussés souvent par les médecins ou le maire de leur commune désireux de se débarrasser ou d'une responsabilité ou des frais que leur état nécessite.

Malgré leur rigueur, les circulaires ci-dessus sont incapables d'empêcher une fraude facile. Voici en effet comment les choses se passent habituellement : le provincial vient à Paris, loge chez un parent ou un ami ; qui n'a pas d'amis à Paris ? et va solliciter son admission à l'hôpital en donnant l'adresse où il est hébergé. En cas d'enquête, le concierge, prévenu et alléché par un pourboire, donne des indications fausses sur l'état de fortune et le domicile de son locataire d'emprunt.

Contre un tel procédé la création du *livret sanitaire individuel* ne serait pas sans efficacité. Les provinciaux n'oseraient s'exposer aux conséquences d'une enquête approfondie.

CHAPITRE VIII

Malades de la Banlieue

Les habitants de la banlieue, qui n'ont pas d'hôpitaux communaux ou intercommunaux, sont soignés à Paris en vertu d'une convention. Jusqu'en 1854, la bonne ville hospitalisait gratuitement les suburbains. A cette époque Haussmann, préfet de la Seine, imposa les communes de la banlieue de 30.000 francs au profit de l'Assistance publique de Paris. Actuellement, la somme payée par les suburbains dépasse 1 million de francs ; l'accroissement considérable de la banlieue ayant amené la nécessité de paiement à forfait par journée de malade. Or, le prix de revient de la journée étant actuellement de 4 fr. 30 en moyenne, les communes de la banlieue n'en paient que les quatre dixièmes (1), plus une partie des quatre dixièmes payés par le département de la Seine. Tout compte fait, l'hospitalisation des habitants de la banlieue revient à 2.000.000 de francs au moins à la ville de Paris, qui fait ainsi une sorte de cadeau à la ban-

1. Soit 1,72 depuis le 1er janvier 1908. Avant cette date, les communes payaient 1, 36.

lieue. Les suburbains hospitalisés ont plus de sept cent mille journées de présence, c'est-à-dire le sixième des journées totales des malades ; ils rempliraient à eux seuls deux de nos plus grands hôpitaux, comme Lariboisière et Beaujon.

Cette invasion de la banlieue dans les hôpitaux de Paris nous semble *a priori* illogique et abusive. Mais, si l'on réfléchit que beaucoup de suburbains habitent la banlieue, mais ont leurs occupations à Paris, que nombre de vieillards vont y finir leurs jours, mais ont en réalité vécu à Paris, on est moins tenté de repousser les malades qui font en quelque sorte partie d'une même famille, et de considérer la banlieue comme autre chose qu'une dépendance de Paris.

Alors, pourquoi faire bénéficier les communes suburbaines d'un traitement de faveur, et faire participer le département aux frais d'hospitalisation de leurs malades, tandis qu'il n'en est pas de même pour les Parisiens ? Pourquoi surtout leur refuse-t-on l'accès de tous les hospices de Paris, ne leur permettant que l'entrée à Nanterre ou à Villers-Cotterets qui dépendent de la Préfecture de police ? L'assistance publique se contente de recevoir les suburbains dans ses hôpitaux ; elle se désintéresse du malade dès qu'il a franchi le seuil de l'hôpital. Elle ne peut lui accorder le moindre secours. Il arrive souvent ainsi qu'on garde par pitié à l'hôpital un vieillard ou un infirme sans ressources, en attendant qu'il plaise à la commune où il habite de lui permettre l'entrée à l'hospice, ou de le faire bénéficier du secours prévu par la loi du 14 juillet 1905.

CHAPITRE IX

Accidentés du Travail

La question du lit payant fut compliquée par la loi sur les accidents du travail du 9 avril 1898. Dès l'application de cette loi, la situation de l'ouvrier accidenté a changé. D'indigent qu'il était, il est devenu un malade aisé ou même riche puisqu'il fut pourvu de répondants financiers (assurances ou patrons), responsables des soins médicaux et pharmaceutiques. Etait-il légitime dans ces conditions de soigner ce malade à l'hôpital ? Oui, disent les uns, car les blessures des ouvriers nécessitent souvent une intervention rapide, des soins spéciaux qu'il est impossible de recevoir en dehors des milieux hospitaliers ; et d'autre part obliger les patrons ou les assurances à subvenir aux frais de traitement, en dehors de l'hôpital, serait leur imposer une très lourde charge et apporter un obstacle sérieux au développement du commerce et de l'industrie. Non, disent les autres, car soigner les accidentés au tarif des indigents, c'est, avec le bien des pauvres, provenant en partie de dons et legs, faire la charité à de riches patrons, à des compagnies d'assurances fortunées et prospères, c'est prendre le lit du pauvre pour le donner à un non indigent, c'est léser les intérêts du corps médi-

cal. On peut reprendre pour les accidentés tous les raisonnements que nous avons tenus à l'occasion de l'hospitalisation des malades aisés. Le principe de l'hôpital est faussé ; l'hôpital devient une maison de santé où l'on paie.

Il est certain qu'en bonne logique, on devrait exclure des hôpitaux les accidentés. Si toutefois on les y admet, par analogie avec l'Allemagne où ils bénécient d'une caisse de secours spéciale, il est élémentaire de leur appliquer la circulaire de 1899, et d'exiger d'eux une rémunération supérieure au prix de revient du malade indigent, Reynès, Létienne. Agir autrement, c'est léser davantage encore le bien des pauvres et les intérêts du médecin, et attirer les accidentés à l'hôpital, c'est « armer le socialisme contre le prolétariat » (Ibels). Nous constatons en effet que les victimes des accidents du travail deviennent dans les hôpitaux de plus en plus nombreuses (1) gardant un lit beaucoup plus longtemps qu'auparavant (Reclus. *Sinistrose* de Brissaud) et transformant le médecin d'hôpital et l'interne en véritables scribes.

On lit dans une circulaire du ministre de l'Intérieur du 10 août 1901, à propos des « Accidentés » :

L'hôpital doit être réservé à ceux qui ne peuvent être soignés convenablement ailleurs : laisser occuper des lits par des ouvriers blessés dont le traitement pourrait sans danger être suivi ailleurs, ce serait risquer de priver des malheureux des soins hospitaliers que réclame leur état. On a fait obser-

1. En 1907, il y eut dans les hôpitaux, 75.000 journées d'accidentés à Paris.

ver aussi que ce serait soustraire aux médecins de ville une clientèle payante, et il convient que les Administrations hospitalières se mettent en garde contre ce que ce reproche pourrait avoir de fondé.

M. Monod, le 7 novembre 1901, rappelait cette circulaire, et la faisait transmettre par les préfets aux administrations hospitalières ; dans cette note, M. Monod précisait les conditions d'honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Or, jusqu'en 1900, l'Assistance publique ne fut pas rémunérée pour les accidentés qu'elle eut à soigner. Elle consentit alors à recevoir une somme de 2 fr. 50 par journée (au lieu de 5 francs, chiffre établi par l'arrêté du préfet de la Seine du 24 juin 1895 pour la journée de chirurgie).

Cette somme est dérisoire, comparée au prix de revient réel de la journée d'hôpital calculé par M. Thiéry.

Le tarif réduit provient d'une entente singulière entre l'administration de l'Assistance publique et un certain nombre de chefs d'entreprise et de compagnies d'assurances. Cette entente fut ratifiée par un arrêté du préfet de la Seine, en date du 12 janvier 1901 ainsi conçu :

Article premier. — Il ne sera provisoirement réclamé aux patrons des ouvriers victimes d'accidents du travail, soignés dans les hôpitaux de Paris, et jusqu'à ce qu'une jurisprudence soit établie sur l'étendue du droit de recours des Administrations hospitalières contre lesdits patrons, que le montant des frais médicaux et pharmaceutiques évalués actuellement,

et sauf modification ultérieure s'il y a lieu, à 2 fr. 50 par jour.

Il semble que pour fixer ce chiffre de 2 fr. 50, l'administration se soit préoccupée uniquement des « frais médicaux et pharmaceutiques » selon le texte de la loi, sans compter les frais d'hospitalisation. Cependant ce chiffre était notoirement insuffisant. Tous les patrons et toutes les compagnies qui avaient essayé de bénéficier de l'imperfection du texte de la loi, avaient été déboutés de leurs prétentions par les tribunaux.

D'ailleurs cette inconcevable réglementation subsista, bien que le 23 mai 1901 la Chambre des députés eût précisé que les chefs d'entreprise, outre les frais médicaux et pharmaceutiques, étaient tenus d'acquitter dans tous les cas la totalité des frais d'hospitalisation.

Le 22 mars 1902, le conseil municipal, qui ignorait d'ailleurs que les accidentés ne payaient que 2 fr. 50 par jour, prit la délibération suivante :

L'Administration de l'Assistance publique est invitée à reviser les prix de journée réclamés aux Compagnies d'assurances à la suite des accidents du travail et à les augmenter dans une proportion de 50 o/o, soit à 4 fr. 50 pour les journées de médecine et à 7 fr. 50 pour les journées de chirurgie.

Le 12 juin 1902, à l'instigation du docteur Lande, le *Conseil supérieur de l'Assistance publique* vota la résolution suivante, qui vise uniquement les *accidentés*.

Pour les malades hospitalisés à la suite d'accidents du travail régis par la loi de 1898, les hôpitaux percevront, dans leurs recettes générales, pour frais de traitement :

1° Un prix de journée d'entretien, arrêté annuellement par le préfet, à raison de la dépense réelle et excluant les frais médicaux et pharmaceutiques ;

2° Les frais médicaux et pharmaceutiques, au tarif fixé par le règlement départemental sur l'Assistance médicale gratuite, ou à défaut par les usages locaux.

(*Journal officiel*, 18 juin 1902).

Saisie par le Syndicat des médecins de la Seine, la Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris, dans sa réunion du 25 novembre 1903, entendait le rapport documenté de M. Sebileau, et votait le relèvement du prix de journée réclamé aux accidentés, prix comprenant les frais d'entretien (nourriture, logement), les frais de pharmacie et de pansements, et les frais médicaux et chirurgicaux.

Le montant de ces divers frais devait être perçu par l'Assistance publique, versé par elle dans une caisse spéciale à chaque hôpital et réparti à diverses œuvres de bienfaisance.

En présence de ces votes, M. Mesureur prit une décision approuvée le 25 janvier 1904 par M. le préfet de la Seine, reportant à 5 francs le prix de la journée d'hospitalisation des accidentés.

Ainsi le traitement de faveur dont jouirent les répondants financiers dura du 12 janvier 1901 au 25 janvier 1904, c'est-à-dire trois ans, ce qui cons-

titue, pour la caisse des pauvres, une perte de plus d'un demi-million.

Le prix de 5 francs par jour qui ne représente cependant pas ce que devraient payer les patrons ou les assurances pour couvrir complètement les frais des accidentés ne fut pas ratifié par le Parlement le 31 mars 1905.

Le Parlement en effet vota une nouvelle réduction qui est certainement contraire, non seulement aux intérêts du corps médical, mais à ceux des pauvres et qui consacre une véritable iniquité, un vol légal des indigents au profit des puissantes assurances et des patrons. Voici le texte de la nouvelle loi :

Le chef d'entreprise est seul tenu dans tous les cas, en outre des obligations contenues dans l'article 3, des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 (assistance médicale gratuite), majoré de 50 o/o, ni excéder jamais 4 francs par jour pour Paris, ou 3 fr. 50 partout ailleurs.

Il est à désirer que cette loi soit modifiée encore et qu'on perçoive pour les accidentés un tarif supérieur au prix de revient de l'hospitalisation des indigents. Seule une semblable décision peut écarter de l'hôpital un certain nombre d'accidentés quand il n'y a pas pour eux d'avantage réel à y être soigné (1).

---

1. En 1906, il y eut à Paris 2.907 malades accidentés d'hospitalisés. En 1907, 75.000 journées de malades accidentés pour lesquelles l'assistance a touché 300.000 francs.

Le libre choix du médecin laissé à l'accidenté a d'ailleurs eu des conséquences imprévues pour l'éloigner de l'hôpital, et donné lieu à des manœuvres qui ne sont pas à l'honneur de certains membres du corps médical.

Certains confrères « médecins marrons » attirent les accidentés, non seulement au moyen d'annonces, de prospectus ou de réclames, mais encore par des rabatteurs payés et en offrant de l'argent aux accidentés qui viennent consulter (Romme).

La loi de 1905 a eu également des suites inattendues. Certaines compagnies d'assurances, ne pouvant faire soigner gratuitement leurs blessés à l'hôpital, ont fondé des cliniques dirigées par des médecins et des chirurgiens salariés par elles, où elles attirent les ouvriers par des procédés analogues à ceux des médecins marrons, menaçant même au besoin les patrons de résilier leur police s'ils n'envoient pas leurs blessés à la clinique de la compagnie.

Il y a là deux manœuvres déshonnêtes ; dans le premier cas le médecin exploite l'assurance, dans le second l'assurance exploite le médecin ; dans les deux cas le même but est atteint ; l'accidenté est éloigné de l'hôpital.

CHAPITRE X

Vagabondage hospitalier

Le « *Vagabond d'hôpital* » (Barth) est quelquefois un simple fainéant, simulateur, plus souvent un chronique, un « demi-infirme » selon l'expression de M. Babinski, qui exploite la charité et vient chercher à l'hôpital l'asile et les soins dus aux véritables malades, aux malades aigus. Cette classe de vagabonds, détestée des médecins et des surveillantes, a certainement son originalité. Elle a d'ailleurs existé de tous temps. Avant le décret du 13 frimaire an X, il n'y avait aucun règlement précis pour le mode d'admission des malades, les conditions de leur séjour et de leur renvoi. On recevait sans grand discernement dans les hôpitaux des individus, même non malades. Aussi voyait-on arriver à l'hôpital surtout au début de l'hiver une foule de fainéants, sollicitant leur admission, non pour se faire soigner, mais pour vivre sans rien faire ; refusés à la porte d'un hôpital ils allaient frapper à celle d'un autre et arrivaient ainsi presque

toujours à se faire recevoir. Aussi toutes les salles de l'Hôtel-Dieu étaient-elles encombrées non seulement d'infirmes, mais encore de fainéants, de parasites qui, sous l'étiquette de convalescents, demeuraient à l'hôpital où ils trouvaient le vivre et le couvert et prolongeaient indéfiniment leur séjour. Il fallut plusieurs fois recourir à la force pour les en expulser. Pourtant, outre les salles spéciales au vieil Hôtel-Dieu, il y avait dès le XVIIe siècle deux hôpitaux qui accueillaient les convalescents, l'un situé près de Saint-Julien-le-Pauvre contenait trente lits et les gardait trente jours. A la Charité, une salle de huit lits recevait ces malades quinze jours.

« Le 13 janvier 1578, il fut interdit de donner aux convalescents autre chose que du pain et de l'eau ; le 25 janvier 1584, les administrateurs de l'Hôtel-Dieu présentèrent requête au Parlement pour faire sortir les convalescents ; en 1586 on fut obligé de les faire mettre hors par les archers » (Husson).

A l'époque de Tenon les convalescents étaient la cause principale de l'encombrement. « On estime, dit Tenon, qu'il y a dans les hôpitaux deux tiers de malades, un tiers de convalescents. Nous avons trouvé à l'hôpital de la Charité que les convalescents étaient aux malades comme deux sont à cinq. »

Deux causes contribuèrent à diminuer considérablement leur nombre : le règlement du 13 frimaire an X organisant la consultation au bureau central et l'insuffisance du régime alimentaire qu'on leur alloua. On les prit par la famine. Les véritables convalescents

n'obtenant qu'une alimentation trop peu abondante dans les allocations réglementaires qui ne différaient en rien de celles des malades, réclamaient eux-mêmes leur sortie, pour peu qu'ils espérassent trouver des ressources en dehors de l'hôpital. Ceux qui au contraire s'efforcaient de s'y faire conserver, désignés sous le nom de « piliers d'hôpital » ou « mignons des sœurs », exploitaient la confiance des religieuses et la crédulité des malades, et parvenaient encore facilement à se créer, au moyen de leur position interlope, une sorte de bien-être qu'ils n'auraient pas pu se procurer ailleurs. Moins nombreux qu'autrefois, ils modifièrent complètement leurs habitudes et réussirent, malgré les décisions du Conseil des Hospices, à se maintenir dans les salles où ils se confondirent avec les malades. « Auxiliaires des employés de bureau, serviteurs officieux des religieuses, domestiques même des gens de service, il en est qui vivent ainsi plusieurs années de suite aux dépens de l'administration, recevant d'abord la ration qui leur est allouée par le cahier de visite et en outre des suppléments provenant des économies réalisées sur les malades... leur industrie consiste à étudier les localités, les habitudes et le caractère, à capter la bienveillance des sœurs, à s'immiscer auprès des parents pour en obtenir quelques gratifications par l'importunité ou par la ruse ; obséquieux et empressés auprès des malades dont ils connaissent les ressources, ils épient leurs derniers moments pour s'approprier le petit pécule qu'ils savent déposé sous l'oreiller du

mort ; cette espèce de parasites, hôtes nuisibles et dangereux, doit disparaître de nos établissements. » L'article 77 du règlement du 4 ventôse an X limita à dix jours la convalescence dans le but de se débarrasser de ces parasites et de désencombrer l'hôpital.

En 1838, on se proposa de créer une maison générale de convalescence qui ne fut pas construite, car elle aurait, disait-on, profité plus à des piliers d'hôpital qu'à de véritables convalescents. Pour en tenir lieu, on construisit en 1855 les hôpitaux de Vincennes et du Vésinet.

L'année précédente une circulaire aux directeurs leur avait recommandé de refuser l'admission des chroniques ou des infirmes non malades dans les hôpitaux.

Un arrêté du ministre de l'Intérieur du 1er janvier 1900 ayant fermé les hôpitaux de convalescence aux tuberculeux, les vagabonds d'hôpital y sont nombreux.

Aujourd'hui que l'admission et la sortie des malades est réglementée, le vagabond d'hôpital n'est plus un simple parasite, un convalescent permanent ; c'est un malade ou un infirme qui cherche à se faire un gagne pain de sa misère physique. C'est le plus souvent un névropathe, parfois un dégénéré, d'intelligence médiocre, sans énergie ; tantôt humble et obséquieux comme le parasite d'autrefois, il est plus souvent aujourd'hui fort et conscient de ses droits. Il est imprégné de socialisme égalitaire et entre à l'hôpital en lieu conquis. Il se fait admettre parfois à la consul-

tation ; plus souvent il cherche à bénéficier d'une admission d'urgence. D'ailleurs il varie ses façons de frapper à la porte de l'hôpital et il use tour à tour de chacune dans plusieurs hôpitaux différents. Il sait n'apparaître partout qu'à intervalles assez éloignés pour se faire oublier. Cependant dans les services qu'il fréquente — et il en connaît un grand nombre — il a ses préférences, qui ont dicté son choix. Aussi honore-t-il plus souvent de sa visite les endroits où il est bien reçu. Comme il n'est pas égoïste, il fait part de ses constatations à ses amis. On voit ainsi certains services vraiment assiégés les jours d'entrants. Ce sont ceux où on les garde longtemps sans les abandonner ni les tracasser par une médication brutale, où la pitié du médecin n'exclut pas une douce sollicitude. Si, en raison de l'affluence des demandes d'admission, le vagabond est renvoyé au lendemain, il attend patiemment que le service qu'il convoite reçoive de nouveau, ou plus simplement il se fait admettre par l'interne de garde. Il sait au besoin simuler à merveille un étourdissement, une crise d'angine de poitrine, une crise d'épilepsie sur la voie publique, ou bien, dédaignant ces moyens, il arrive à minuit moins quelques minutes ou à une heure du matin, sachant fort bien, selon le moment, à quel service il sera affecté et n'ignorant pas qu'à cette heure tardive, l'interne prend moins de peine pour le convaincre de simulation et étayer son diagnostic.

Pour entrer dans plusieurs hôpitaux successivement il n'est pas embarrassé des circonscriptions hos-

pitalières, qu'il n'ignore pas. Il se laisse choir sur la voie publique ou passe la nuit dans un asile de la circonscription de l'hôpital où il désire entrer. Une fois admis, il renouvelle pour le médecin traitant la comédie qui lui a ouvert les portes de l'hôpital, à moins qu'une affection chronique caractérisée ne justifie suffisamment son admission aux yeux du médecin ; il connaît les points douloureux de la sciatique, les irradiations douloureuses de l'angine de poitrine et se laisse rarement confondre. Une fois examiné par le chef de service, il s'ingénie à obtenir un traitement et surtout le régime qui lui convient ; il y emploie la docilité et la prière. Il cherche en somme à se créer un bien-être relatif. Tantôt il s'efforce de s'attirer les faveurs de la surveillante dont il est en général détesté ; tantôt il se livre à quelque industrie ; il vend son carafon, une ceinture de flanelle qu'on lui a accordée. Tous ces objets sont tarifés. Parfois le vagabond d'hôpital est un véritable voleur . il dérobe l'argent des malades ou, sur le point de sortir de l'hôpital, il dissimule dans ses vêtements du linge ou les objets les plus divers dont il espère tirer un maigre profit.

Quelquefois casanier, plutôt d'humeur changeante et vagabonde, il ne saurait se complaire à la monotomie d'un seul service ; il abuse du changement, surtout quand il apprend qu'il est un « cas intéressant » et qu'il ne sera pas embarrassé de se faire admettre ailleurs ; il devient même alors tout à fait désagréable, exigeant d'aliments, de soins, de médicaments et, pour un motif futile, il se dispute avec ses voisins ou

le personnel et demande sa sortie, Sans souci de toute la paperasserie administrative nécessaire à son exeat, après avoir obtenu de la surveillante un bon de vêtements pour le vestiaire central, et un secours au bureau de l'hôpital, il rentre sans pudeur le lendemain dans un service voisin, où il restera aussi longtemps que le voudra son caprice. Nous avons fait remarquer déjà combien ces « passe-volants » gaspillaient ainsi les fonds de l'Assistance publique.

Entre deux hospitalisations, la plupart de ces vagabonds se contentent de porter chez le marchand de vin le secours qui leur a été alloué ou le fruit de leur industrie ou de leur rapine ; quelques-uns travaillent, ou mendient, exerçant successivement toutes les formes du vagabondage, et considérant l'hôpital comme un pis-aller, comme un asile toujours ouvert quand les autres moyens d'existence leur font défaut. Certains, parfaitement connus des garçons de bureau, considèrent l'hôpital comme un asile de nuit, s'y font recevoir très tard et le quittent de bon matin. Plusieurs de ces misérables arrivent à abuser tellement de l'hospitalisation, qu'ils sont reconnus d'emblée même par les surveillantes ou les médecins. Ils parviennent à apprendre à merveille les signes de leur affection et à dicter pour ainsi dire leur observation à l'externe qui est chargé de les examiner. Concevant quelque fierté de l'intérêt plus ou moins grand qu'ils offrent à la clinique, ils énumèrent — surtout à l'interne qui n'a pas l'air grave du chef — tous les hôpitaux qu'ils ont fréquentés, et le nombre invraisembla-

ble de médecins qui les ont soignés ; ils se permettent souvent des appréciations sur les traitements qu'ils ont reçus. Ces malades finissent par ne plus être acceptés dans les asiles de convalescence où ils sont trop connus ; aussi refusent-ils d'y aller quand on le leur propose.

C..., journalier, quarante-neuf ans, atteint d'une double lésion valvulaire, aortique et mitrale sans asystolie. avec quelques troubles fonctionnels cardiaques et généraux a été hospitalisé 30 fois depuis 1900. Il énumère tous les services où il est entré. Il n'a pas quitté les hôpitaux depuis cette époque. Après chaque nouveau séjour on l'envoyait à Vincennes ; il finit par ne plus y être reçu.

G..., journalier, quarante-cinq ans, atteint d'emphysème avec bronchite chronique, avoue une moyenne de 3 hospitalisations par an depuis dix ans.

On pourrait multiplier à l'infini ces exemples trop connus des médecins.

Un type piquant de ces vagabonds est fourni par ceux, atteints d'une affection chirurgicale bénigne, facilement curable, mais qui constitue une infirmité temporaire (hernie, hydrocèle, adénite, lipome, etc.), dont ils se gardent bien de se laisser opérer. Ils traînent de service en service en quittant la salle la veille du jour fixé pour l'opération.

La création de dispensaires a amené l'exploitation de la charité pour une classe assez curieuse de vagabonds, proches parents des vagabonds d'hôpital. Le Dr Derecq d'Ormesson, nous montre les faux tuberleux, heureux d'être confondus avec les vrais pour

bénéficier de bons de médicaments et de viande crue, se chargeant de toutes les tares physiques et héréditaires tuberculeuses possibles, dénonçant leurs collatéraux comme autant de victimes du bacille, inventant et simulant des hémoptysies et fournissant même des crachats d'emprunt !

Epaves de la société, fainéants à qui l'on n'a pas appris le travail, souvent incapables de fournir l'effort physique ou moral nécessaire et s'affranchir de leur dépendance et de leur vagabondage, ces malheureux sont presque tous à plaindre ; aussi leur pardonnerait-on volontiers leurs grossiers subterfuges et leurs ruses de grands enfants, si faciles à déjouer le plus souvent, s'ils ne portaient pas un grave préjudice aux véritables malades.

*
* *

Il ne faut pas songer à discipliner le vagabondage hospitalier. Il est impossible de l'éviter avec l'organisation actuelle de l'hôpital. Bien que le médecin reconnaisse facilement ce genre de vagabonds et qu'il n'ignore pas en les recevant le peu d'amélioration dont ils sont susceptibles, il se sent forcé de les admettre, chaque fois qu'ils se présentent, sauf s'il peut les convaincre d'évidente simulation.

Leur place n'est cependant pas à l'hôpital,

M. Babinski a proposé d'établir dans les quartiers excentriques des baraquements réservés à cette catégorie de sujets. Ces asiles, construits sans grands frais sur le type de l'hôpital Broussais par exemple, seraient organisés à peu près comme des asiles de nuit,

avec cette différence que les pensionnaires y rentreraient sur certificat médical seulement, et qu'une fois admis, ils pourraient y demeurer indéfiniment, même après une absence plus ou moins longue.

Ils auraient droit seulement à un lit et à la ration strictement nécessaire pour ne pas souffrir de la faim.

De nombreux avantages résulteraient de cette création. L'entretien de ce genre d'asile serait extrêmement peu coûteux et les salles des hôpitaux seraient débarrassées, sans aucune inhumanité, d'une foule d'individus qui ne bénéficient nullement de leur séjour, et qui sont souvent une cause d'encombrement et de désordre.

« Les arguments mis en avant pour la combattre ; encouragement au vagabondage, prime à l'oisiveté et à la paresse, impossibilité de maintenir la discipline, sont faciles à réfuter.

« L'hospitalisé, assuré d'un abri, serait moins tenté d'errer comme il le fait actuellement d'asile en asile et d'hôpital en hôpital. La maigre pitance mise à sa disposition ne flattera, pas assez ses goûts pour l'empêcher de chercher, s'il en a la force, quelque petit travail dont le produit améliorerait l'ordinaire de l'asile. Enfin la discipline ne serait pas plus difficile à maintenir dans les établissements en question qu'elle ne l'est dans les refuges de nuit, où une fermeté douce suffit à maintenir l'ordre, sans autre sanction que le renvoi.

« Hâtons-nous d'ajouter que tous les inconvénients allégués apparaîtraient bien vite si une fausse sensi-

bilité entreprenait de changer le caractère de ces asiles et de les rendre confortables. Ils doivent rester, pour la clientèle spéciale à laquelle ils sont destinés, un pis-aller, un refuge contre la misère et la faim, mais pas davantage. » (Barth.)

CHAPITRE XI

Chroniques incurables

Les hospices, asiles des malades chroniques et incurables, n'ont pas de brancards ; comme les hôpitaux cependant ils ont souffert de l'encombrement ; s'ils constituent aujourd'hui un puissant moyen de désencombrer les services hospitaliers en donnant asile aux chroniques qui s'y trouvent, leur destination était un peu différente à l'origine.

Ce fut l'abondance des vagabonds qui amena la fondation de l'Hôpital Général. Dans les premières années du règne de Louis XIV, Paris hébergeait plus de 30.000 mendiants ; venus de toutes les provinces du royaume et même de l'étranger, ils s'y livraient à toutes sortes de désordres. Un édit du 27 avril 1656 ordonna que les pauvres mendiants, valides et invalides de l'un et l'autre sexe, seraient enfermés en cet hôpital pour y être employés selon leurs capacités. L'Hôpital Général réunissait diverses maisons (Grande et Petite Pitié, Savonnerie, Scipion, Bicêtre) pour en

former une seule administration, un seul corps sous une même direction.

L'Hôpital Généralétait donc autantune prison qu'un hospice dans lequel on recueillait les infirmes des deux sexes, « les caducs, les insensés, paralytiques, hydropiques, aveugles, épileptiques, écrouellés, estropiez et généralement tous les pauvres affligez de maladies incurables ».

Les femmes étaient hospitalisées à la Salpètrière, dont on avait transformé en dortoirs les vieux bâtiments, agrandis beaucoup dans la suite ; les hommes étaient envoyés à Bicètre qui datait de 1286. La maison de la Pitié élevée en 1612 fut choisie pour être le chef-lieu de l'Hôpital Général et fut destinée à l'éducation des jeunes enfants pauvres. Ce n'est qu'en 1800 qu'elle fut de nouveau affectée à l'hospitalisation des maladies aiguës et annexée à l'Hôtel-Dieu.

La Rochefoucauld-Liancourt nous donne une description saisissante de l'encombrement et de la saleté de la Salpêtrière.

« La salle la plus horrible que l'on puisse présenter, aux yeux de celui qui conserve quelque respect pour l'humanité, est celle où près de 200 filles, jeunes et vieilles, attaquées de la gale, des écrouelles et de la teigne, couchent pêle-mêle quatre à sept dans un un lit, se communiquant tous les maux que la fréquentation peut donner. Combien de fois, en parcourant tous ces lieux de misère, ne se dit-on pas avec horreur qu'il serait presque moins cruel de laisser pé-

rir l'espèce humaine que de la conserver avec aussi peu de ménagement.

« L'oisiveté énerve les hommes à Bicêtre ; le travail forcé tue les enfants à la Salpêtrière. »

Actuellement les lits des hospices dirigés par l'Assistance publique sont affectés par elle à l'évacuation des malades chroniques et incurables des hôpitaux. Mais le nombre de lits disponibles à cet effet est cruellement insuffisant. Plusieurs lits appartiennent aux fondateurs, d'autres, très nombreux, sont occupés par les créatures du conseil municipal. Le nombre des places d'hospices est restreint ; celui des malades dignes d'y entrer, quoique difficile à apprécier, est très considérable. Ouvre-t-on un nouveau service qu'il est bientôt comblé et le nombre des malades qui attendent leur placement est aussi grand.

Aussitôt qu'un malade paraît justiciable du séjour à l'hospice, le chef de service établit un certificat de placement constatant les infirmités de l'intéressé ; le certificat est classé avec la demande du malade ; la pancarte revient apostillée d'un cachet et plusieurs mois s'écoulent, dix, quinze, vingt mois et plus sans que le placement soit effectué. La pancarte jaunit, s'effrite, tombe en poussière, la demande et le certificat s'égarent et doivent être renouvelés, le malade enfin meurt souvent sans que le placement puisse être obtenu, à moins qu'un conseiller municipal n'use de sa toute-puissance pour le hâter. Nous n'avons pu pour toutes ces raisons, franchement reconnues exactes par l'administration centrale, établir la statistique des deman-

des et la comparaison entre le nombre de celles-ci et celui des placements effectués. Voici néanmoins, à titre de renseignement, le nombre des entrées dans les principaux hospices de l'assistance publique depuis 1900 :

ANNÉES	BICÊTRE	SALPÊTRIÈRE	IVRY		DEBROUSSE		LENOIR-JOUSSERAN		BRÉVANNES	
1900	287	508	324		30		27		40	
1901	337	545	326		28		33		40	
					28		33			
			H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
1902	257	582	216	396					167	216
1903	377	493	419	395	19	11	14	15	168	233
1904	296	587	248	213	12	10	21	6	208	242
1905	339	552	252	181	17	14	19	7	243	253
1906	411	585	282	180	19	13	21	13	179	224

élimination faite : 1° des placements sur présentation de ministres ou de préfets, et des placements dans les lits de fondation, placements dont l'assistance publique n'est pas responsable ; 2° des placements spéciaux (épileptiques, cancéreux, reposantes, jeunes incurables).

Ces chiffres sont notoirement très inférieurs a celui des demandes effectuées.

Le malade chronique reste donc ainsi à l'hôpital sans y pouvoir guérir, ou même s'y améliorer, coûtant beaucoup plus cher par journée (4 fr. 30 au lieu de 2 fr. 18 en moyenne), prenant la place d'un malade aigu, et n'offrant guère pour les élèves que l'intérêt d'un premier examen. Après un séjour prolongé dans

un service, le chronique semble, phénomène assez curieux, avoir en quelque sorte conquis droit de cité. On le garde par pitié, parfois par hasard, il demeure par habitude, surtout s'il sait rendre quelques menus services. Au bout d'un certain temps il se considère comme chez lui. Il a pris racine. On a coutume de le voir, on le garde, parfois plusieurs années, et quand pour quelque raison majeure on s'efforce de le faire sortant, il se considère comme lésé d'un véritable droit. Par le nombre de lits qu'ils immobilisent parfois pour plusieurs années, ces malades amoindrissent donc le rôle de l'hôpital comme asile de la misère et comme école d'enseignement,

Plusieurs fois la société médicale des hôpitaux émit le vœu que ces malades fussent le plutôt possible évacués dans un hospice; mais ces vœux stériles ne purent être suivis d'effet.

De nombreux auteurs (Bourneville, Noir) proposaient depuis longtemps d'augmenter le nombre des pensions représentatives de secours d'hospice, espérant ainsi évacuer un grand nombre de lits.

La loi du 14 juillet 1905, comblant et dépassant ces vœux, montra que cet espoir n'était pas entièrement fondé. Il semblait que cette loi allait faire diminuer dans de grandes proportions le nombre des chroniques des hôpitaux. Il n'en est rien.

Les secours à domicile auxquels l'Etat et l'assistance publique consacrent annuellement des sommes considérables (18 millions prévus pour 1908 à Paris), ne donnant pas tous les résultats désirables. Si l'as-

sisté est seul, sans famille, sans foyer, les secours distribués à des infirmes ou des vieillards sont souvent gaspillés, soit par le manque de prévoyance naturel à ces malades, et cause de leur actuel dénuement, soit par l'impossibilité matérielle où ils sont d'en profiter utilement. Ces secours ne parviennent que rarement à les écarter de l'hôpital. Beaucoup d'assistés s'y rendent : les uns parce qu'ils sont réellement malades ; d'autres dans l'espoir de cumuler les bienfaits de la charité, et souvent alors poussés par la famille qui touche et dépense le secours alloué pendant l'hospitalisation ; d'autres enfin, 250 par an environ, viennent réclamer leur placement par translation, transformant l'indemnité de 1 franc par jour en placement dans un hospice. Enfin quelques vieillards non encore assistés viennent à l'hôpital solliciter leur inscription au bénéfice de la loi. Dans tous les cas, les malheureux restent indéfiniment dans les salles sans qu'on puisse les en faire sortir. La famille trop souvent se débarrasse de ce parent encombrant en le faisant conduire à l'hôpital en ambulance, l'abandonne en se gardant de lui rendre visite et le médecin ne peut renvoyer un malheureux hors d'état de subvenir à son existence.

Ainsi cette loi si bienfaisante présente plusieurs écueils. Comme toutes les lois d'assistance elle peut, en élargissant son action, devenir une prime à la paresse, supprimer la prévoyance, et attirer à l'hôpital les vieillards qu'elle se propose d'éloigner ; grâce à elle l'assisté est souvent exploité par sa famille sans en recueillir de meilleurs traitements.

***

On ne peut pas songer à construire de nouveaux hospices pour les chroniques qui encombrent ainsi les hôpitaux. Il faudrait pour cela un temps très long et une mise de fonds très considérable. Il est plus rationnel et plus moral d'étendre *le placement familial des vieillards* et des infirmes à la campagne.

Ce mode de placement fut inauguré en France par le Dr Marie, de Villejuif, qui a acquis dans ces questions une compétence spéciale par la création des colonies d'aliénés à Dun-sur-Auron et à Aunay. M. Barth, dans un rapport à la Société médicale des Hôpitaux, proposa d'appliquer le placement familial aux vieillards et aux infirmes. A la suite du vœu favorable à cette proposition, émis par la Société médicale des Hôpitaux le Conseil général de la Seine, sur le rapport de M. Roussel, décida de procéder à un essai d'assistance familiale à Lurcy-Lévy (Allier). L'organisation de la colonie fut confiée au Dr Marie. Au bout de deux ans de fonctionnement, les résultats en furent si satisfaisants qu'un nouveau vœu fut émis par la Société médicale des Hôpitaux, à la suite d'un rapport du Dr Carnot, pour « que l'Assistance publiqne veuille bien organiser un essai de placement familial des vieillards et de certains infirmes non malades, afin que, si cet essai donne de bons résultats, on puisse étendre ce mode d'assistance aux nombreux individus de ces deux catégories qui ne peu-

vent être reçus dans les hospices, faute de place, et qui contribuent dans une large mesure, à l'encombrement des hôpitaux ».

La supériorité du placement familial est d'assurer l'existence de l'assisté et de lui reconstituer un foyer en réalisant une sérieuse économie, au moins relativement au séjour dans un hospice.

Au point de vue moral, ce système est le meilleur, puisqu'il tend à rendre à ces deshérités une famille ; l'hospitalisation entraîne l'isolement, le défaut de liberté, l'inaction forcée, le rythme uniforme d'une existence sans but, en un mot le changement complet des habitudes, si préjudiciable à la vieillesse ; la mélancolie, la déchéance rapide des fonctions nerveuses surviennent qui diminuent la résistance organique à l'assaut des maladies. L'expérience des placements familiaux d'enfants et d'aliénés montre que généralement les pensionnaires sont bien traités.

Au point de vue hygiénique, la supériorité de ce mode de placement est également évidente ; au lieu des salles encombrées de nos hôpitaux, les vieillards et les infirmes habitent en bon air des maisons salubres.

Au point de vue économique enfin, le placement familial a de grands avantages ; il ne nécessite aucune construction nouvelle ; il coûte beaucoup moins cher que l'hospitalisation, même à l'hospice, puisque le prix total de la journée à Lurcy-Lévy est de 1 fr. 37 par jour : enfin il est une source de revenus pour les cultivateurs, utilisant même les forces des vieillards qui

reconnaissent par de menus services l'affection dont on les entoure.

M. Carnot fait ressortir comme dernier avantage que ce mode d'assistance peut être réalisé de suite et susceptible d'extension suivant les besoins ou les nécessités financières.

Ce mode de placement pourrait ne pas être exempt d'inconvénients (Parisot). Il est à craindre que les vieillards ne consentent pas à s'exiler de Paris. Cette répugnance sera facilement vaincue chez ceux qui sont sans famille, ceux dont les conditions d'existence sont très pénibles et qui vont sans cesse de l'asile de nuit à l'hôpital.

Ce placement ne peut évidemment s'appliquer qu'aux vieillards relativement valides et peu malades, sans infirmité répugnante, nécessitant l'immobilité ou des soins médicaux suivis ; les artérioscléreux, les rhumatisants chroniques, les emphysémateux, certains cardiaques, beaucoup de sujets simplement atteints de faiblesse sénile sont dans ce cas ; ils n'ont besoin des secours médicaux qu'à de rares intervalles. D'ailleurs on pourrait n'établir ces colonies qu'à peu de distance d'un hospice ou d'un hôpital.

Ces colonies doivent être situées dans un pays où les conditions de vie sont aussi économiques que possible, sans être trop éloignées de Paris pour permettre au besoin les rapatriements ou le transfert et pour ne pas donner aux assistés l'impression d'un exil lointain.

Il est à craindre que les assistés reçoivent de mau-

vais traitements et ne s'accomodent pas de leurs nourriciers ou qu'au contraire le vieillard assisté ne puisse être toléré par ceux-ci ; on peut redouter en somme que l'accord qui n'a pas lieu dans la famille soit à plus forte raison difficile entre personnes étrangères.

Il appartient au service d'inspection médicale de l'Assistance publique de surveiller les conditions d'existence des vieillards, au même titre que celles des enfants confiés à des parents adoptifs.

D'ailleurs, si l'on en juge par les essais tentés à Lurcy-Lévy, cet accord est fréquent ; ce mode de placement, source de revenus pour un pays, est vraiment possible et pratique ; les demandes de pensionnaires à prix minimes sont largement suffisantes.

Les essais tentés à l'étranger sont également satisfaisants ; on peut en excepter toutefois les essais tentés en Allemagne pour des colonies de tuberculeux, Nous aurons à revenir sur ce mode d'assistance, excellent en principe, inapplicable au moins actuellement.

Il est permis de regretter que l'on n'ait pu, par crainte de prosélytisme, utiliser *l'initiative privée* et en particulier certaines *maisons religieuses* pour placer un grand nombre de vieillards sans famille. Ces maisons eussent pu consentir, moyennant les 30 francs par mois accordés par la loi aux vieillards de Paris, à les soigner, à distribuer en un mot d'une façon vraiment efficace des secours qui sont généralement mal employés.

CHAPITRE XII

Hospitalisation des tuberculeux à Paris

La cause la plus importante de l'encombrement hospitalier est sans contredit la présence d'un très grand nombre de tuberculeux incurables dans les salles qui devraient être réservées aux maladies aiguës. Ces malheureux restent à l'hôpital pendant un temps souvent fort long, ne quittant guère le service qui les abrite que pour entrer dans le service voisin; et, pendant le temps généralement très court qui sépare deux hospitalisations, semant sans merci leurs bacilles dans la rue, dans leurs logements, à l'atelier ou à l'asile de nuit. Ils ne retirent de leur séjour prolongé dans la salle commune aucun bénéfice durable ; à peine peuvent-ils ainsi se faire illusion quelque temps sur leur état, et croire à la guérison possible ! A cet avantage unique, purement moral, discutable d'ailleurs, s'opposent des inconvénients nombreux. Le tuberculeux qui séjourne à l'hôpital est un perpétuel danger pour ses voisins qu'il risque de contagionner ; s'il s'améliore souvent, il faut reconnaître qu'il est

parfois la première victime de l'encombrement qu'il cause ; il est plus que tout autre vulnérable par ses voies respiratoires ; il est en butte aux complications broncho-pulmonaires qui lui sont souvent funestes et il peut même subir une surinfection par un bacille de Kock plus virulent (Carnot), enfin sans que l'hôpital lui soit sensiblement plus profitable que l'hospice, il coûte plus cher à l'Assistance publique à l'hôpital où le prix de journée est de 4 fr. 30, qu'il ne coûterait à l'hospice dont le prix de journée moyen est de 2 fr. 18. Pour ces raisons, à peu près universellement admises, on est d'accord pour condamner le système actuel d'hospitalisation des tuberculeux.

Les divergences surviennent dès qu'on agite les modifications à y apporter. Depuis 1893, la question est à l'ordre du jour et médecins et hygiénistes désirent ardemment des réformes. Pas une voix ne s'est élevée depuis cette époque pour défendre le *statu quo*, qui d'ailleurs persiste immuable. De nombreux avis ont été émis par une pléiade d'hommes éminents, différant seulement sur les mesures à appliquer, mais proclamant leur urgence ; plusieurs commissions ont été nommées ; des rapports admirables ont été écrits ; tout le monde n'a qu'un même désir, celui d'aboutir et rien ou presque rien n'a été fait... C'est que la question, étudiée sous toutes ses faces, est apparue extrêmement complexe. Entre les multiples solutions proposées, l'entente ne fut pas complètement faite et aucun plan définitif ne fut imposé à l'inertie administrative, effrayée par la multitude des réformes récla-

mées. Depuis deux ans d'ailleurs, la question qui passionnait tous les esprits paraît les avoir lassés : à l'enthousiasme a succédé l'indifférence et même l'oubli. N'y a-t-il pas là un curieux, mais pénible exemple qui montre comment de grands efforts, visant un même but, peuvent, faute de coordination suffisante, être paralysés dans leur action ?

Historique

L'idée d'isoler les phtisiques est très ancienne. Il y a fort longtemps que l'Italie tenta d'appliquer aux tuberculeux ce qui avait si bien réussi pour les lépreux. C'est que, depuis de longs siècles, dans presque toute l'Europe méridionale, a régné la croyance à la transmissibilité de la phtisie. Aussi à Rome, à l'hòpital Saint-Jean de Latran une salle spéciale fut-elle consacrée aux phtisiques et jamais on n'admit ces malades dans la salle commune. « On sépare, nous dit Tenon, à l'hôpital du Saint-Esprit à Rome et en général dans les hôpitaux d'Italie, les pulmoniques des autres malades. On n'a pas toujours la même attention dans nos hôpitaux. Userait-on en Italie de précautions que cette maladie n'exige point ? Ou bien y aurait-elle un caractère plus dangereux qu'en France ?... Mon avis relativement aux pulmoniques se réduirait à les mettre dans des salles particulières, ne fût-ce que pour empêcher qu'ils n'incommodassent d'autres malades par leur toux, l'infection de

leurs crachats purulents, l'idée fréquente qu'ils offrent de la mort ». Les édits draconiens de Toscane (1754) et de Naples (1782) prescrivaient déjà la déclaration obligatoire des cas de tuberculose et d'énergiques mesures de désinfection. En Angleterre, on eut surtout en vue les avantages de la spécialisation pour le traitement des diverses maladies : aussi des hôpitaux pour les phtisiques, ou plutôt pour les maladies de poitrine, y furent-ils construits de très bonne heure ; le premier fut bâti dans le canton de Kent en 1791 et beaucoup d'autres dans le courant du XIX[e] siècle (1). L'Allemagne qui a multiplié d'une façon si surpre-

1. Les principaux hôpitaux pour tuberculeux à Londres ou dans le voisinage sont ;

Royal Hospital for Diseases of the Chest, City Road, 80 lits, fondé en 1114.

Margaret Street Hospital for Consomption and Diseases of the Chest, 26, Margaret Street.

Cavendish square, qui est plutôt une sorte de dispensaire de consultation, fondé en 1847.

The City of London Hospital for Diseases of the Chest, Victoria Park, 164 lits, fondé en 1848.

Home for consomptive females, 57 Gloucester Place, Portman Square 26 lits, fondé en 1868.

Mount Vernon Hospital for Consomption and Diseases of the Chest, Mount Vernon Hampstead, 245 lits.

Brompton Hospital for Consomption and Diseases of the Chest. Brompton, 318 lits, fondé en 1781. A cet hôpital sont annexés : une maison spéciale réservée aux hommes qui y trouvent un asile temporaire jusqu'au moment où ils peuvent être reçus à l'hôpital proprement dit, le sanatorium de Frimley où l'hôpital renvoie les tuberculeux les plus curables.

Tous ces hôpitaux ont leur autonomie. Ils reçoivent non seulement les tuberculeux, mais toutes les maladies chroniques de poitrine. D'ailleurs les tuberculeux s'égarent aussi dans les hôpitaux généraux. L'isolement des tuberculeux n'a d'ailleurs été en Angleterre qu'une cause accessoire de diminution de la mortalité tuberculeuse.

nante les sanatoriums n'a que fort peu d'hospices pour tuberculeux incurables (1). Imaginé dans un but charitable ou pratique, l'hôpital de tuberculeux fut, avec la notion de contagion, envisagé comme moyen de prophylaxie. La découverte de Villemin (1865) légitima et imposa peu à peu ce qui n'avait été fait que d'une façon accidentelle ou empirique. En France, on ne se préoccupa guère de l'isolement des tuberculeux qu'après cette immortelle découverte.

Trélat, le premier, au Congrès pour l'avancement des sciences, s'émeut de la situation des phtisiques dans les hôpitaux, Husson demande l'envoi à la campagne des phtisiques avancés. Grancher en 1878 fait pour la première fois appel à une assistance efficace pour ce malheureux qu'est le tuberculeux d'hôpital. Il nous retrace en phrases touchantes l'odyssée du phtisique qui, d'abord peu atteint, travaille pour nourrir les siens autant que ses forces le lui permettent, n'entre à l'hôpital que tardivement, après avoir épuisé ses ressources, en sort trop tôt pour reprendre son travail, puis est obligé de demander ainsi plusieurs fois asile à l'hôpital, la maladie gagnant chaque fois du terrain dans cette lutte où l'homme se défend avec des forces insuffisantes à la fois contre la maladie et la misère. L'auteur s'apitoie ensuite sur la

1. Dans le voisinage de Berlin il n'y a qu'un seul établissement pour tuberculeux incurables, fondé par la « Société provinciale pour la lutte contre la tuberculose », dans le voisinage de Vittstock, son nom est « Pflegheim Burg Daher » Hospice du château Daher. Il existe dans les hôpitaux des pavillons spéciaux pour phtisiques. La proportion des tuberculeux dans les hôpitaux est de un pour dix malades environ.

famille du malade, dont les membres peuvent devenir phtisiques à leur tour, victimes de la contagion, du chagrin, de la lutte pour la vie.

L'hospitalisation des phtisiques lui paraît irrationnelle ; ils ne trouvent à l'hôpital aucun des éléments nécessaires à leur cure. Il y aurait lieu, pense-t-il, d'envoyer à l'hospice les incurables, qui y coûteraient moins cher qu'à l'hôpital, (deux francs de moins par jour) et y recevraient les mêmes soins. Les sommes ainsi économisées, ajoutées aux sacrifices consentis par la famille des malades, feraient une moyenne de 1.000 francs par phtisique. Ces ressources considérables, dépensées en pure perte, pourraient être employées à soigner jusqu'à complète guérison quelques tuberculeux choisis parmi les moins atteints ; les secours trop disséminés (en particulier un secours de 8 francs par mois qui venait d'être créé) n'ayant aucune efficacité. On voit que, dès cette époque, Grancher avait esquissé un plan de campagne contre le fléau tuberculeux, auquel il y a peu à modifier et dont nous attendons encore, trente ans après, la réalisation.

La notion de la contagion de la phtisie, de la guérison possible, enfin la découverte du bacille de Kock en 1882, firent s'organiser la lutte contre la tuberculose. Le professeur Corradi, de Pavie, traitant cette question au Congrès international de Genève en 1882, recommandait vivement l'institution d'hòpitaux exclusifs ou tout au moins de pavillons séparés pour tuberculeux. Le premier Congrès de la tuberculose avait eu

lieu en 1867 sous la présidence de Bouillaud ; Verneuil fonde en 1886 l'œuvre de la tuberculose et organise en 1888 un nouveau Congrès présidé par Chauveau ; un troisième Congrès se réunit en 1891 sous la présidence de Villemin. Des œuvres philanthropiques prennent naissance ; l'œuvre de Villepinte fondée en 1878 pour les jeunes filles poitrinaires construit l'hôpital Sainte-Marie en 1880 avec 160 lits ; l'œuvre des Enfants tuberculeux fonde l'hôpital d'Ormesson avec 80 lits ; des sanatoriums marins sont construits à Berck-sur-Mer, Arcachon, Banyuls-sur-Mer, Pen-Bron, etc. M. Armaingaud organise en 1891 la lutte française contre la tuberculose, qui répand à profusion des brochures et multiplie les conférences ; enfin en octobre 1892, la construction du sanatorium d'Angicourt est décidée par le conseil de surveillance sur le rapport de E. Ferry ; cet hôpital avait été conçu en 1885 à l'instigation de Grancher, Bouchard, Verneuil, Vallin, Hérard, Cornil, Hanot, Hutinel, etc.

Dans cet élan contre le fléau tuberculeux, on se préoccupe de la tuberculose à l'hôpital. La question de l'isolement des tuberculeux est mise à l'ordre du jour au congrès de 1891. Faute de statistiques précises, elle ne fut pas discutée. L'œuvre de la tuberculose imagina d'ouvrir une enquête et le secrétaire général du congrès, le Dr L.-H. Petit, adressa un questionnaire aux médecins des hôpitaux de Paris. Il recueillit un accord presque unanime sur les propositions suivantes :

Les tuberculeux qui forment le cinquième, parfois

le quart ou même le tiers de la population hospitalière, la proportion étant plus forte dans les services d'hommes, n'ont aucun avantage à être soignés à l'hôpital ; ils ont une alimentation, une aération défectueuses ; ils s'y contagionnent et contagionnent les autres malades ; il est nécessaire de les réunir, non dans des salles spéciales, mais dans des hôpitaux spéciaux, véritables sanatoriums avec des salles contenant un petit nombre de lits. Aussi le Dr L.-H. Petit propose-t-il au congrès de 1893 les vœux suivants :

Le congrès, considérant que la promiscuité des tuberculeux avec les autres malades, dans les hôpitaux, est nuisible pour eux-mêmes et aux autres, sans que les dangers qu'ils courent et font courir aux autres soient compensés par des avantages valables, demande que tous les tuberculeux soient réunis dans des hôpitaux spéciaux par groupes, suivant le degré de la maladie, et d'autant moins nombreux que la maladie est plus avancée. Il est désirable que ces hôpitaux soient établis au bord de la mer, à la campagne. Comme mesure transitoire, dont la durée devra être la plus courte possible, le congrès demande que les phtisiques des hôpitaux soient pour le moment réunis dans des salles spéciales, séparées de celles des autres malades, et dont on devra désinfecter les parois et le mobilier, d'après les procédés employés en ville pour la désinfection des locaux contaminés par les tuberculeux.

En 1894, M. Letulle, qui s'est beaucoup occupé de cette question résume, au congrès d'hydrothérapie de Boulogne-sur-Mer, ses idées à ce sujet. Il constate que les phtisiques dépensent dans les hôpitaux

de Paris au moins le cinquième des journées et sont la principale cause de l'encombrement croissant. Il demande qu'on évacue les tuberculeux curables dans les sanatoriums provinciaux et dans les colonies de tuberculeux (Corse, Algérie, Tunisie), et qu'on crée des lits d'hospices pour les phtisiques non transportables.

En 1896 une discussion mémorable s'engage à l'Académie de médecine au sujet de la tuberculose hospitalière. M. Jaccoud rapporte trois cas de tuberculose qui paraît avoir été contractée à l'hôpital. MM. Terrier, Debove, Duguet, etc., citent des cas analogues.

Cette discussion émeut le conseil municipal qui vote 2 millions pour la création d'un hôpital d'isolement de 400 lits à Brévannes. Peyron réunit la commission de la tuberculose de l'Assistance publique pour étudier les réformes spéciales à la tuberculose dans les services hospitaliers. Le travail de cette commission d'études présidée par Brouardel fut résumé dans un rapport admirable de MM. Grancher et Thoinot. Ces auteurs étudiaient : 1° l'isolement des tuberculeux ; 2° les règles de l'asepsie médicale (crachats, mobilier, encombrement hospitalier) ; 3° la réforme et la protection du personnel hospitalier ; 4° l'assistance médicale des tuberculeux à domicile. En ce qui concerne la première question, qui seule nous intéresse ici, les rapporteurs établissaient que la tuberculose est contagieuse et curable, mais que les salles de nos hôpitaux ne conviennent pas aux phtisiques qui n'y

trouvent aucun des facteurs nécessaires à leur guérison. Les rapporteurs résumaient le désir de la commission dans la proposition suivante :

« *La meilleure manière de combattre et de traiter la tuberculose, c'est d'isoler le tuberculeux, parce qu'ainsi on évitera la contagion, et parce que dans les hôpitaux spéciaux les tuberculeux seront dans de meilleures conditions hygiéniques.*

Le principe de l'isolement posé, la commission demandait pour le réaliser l'achèvement d'Angicourt, l'aménagement de pavillons spéciaux de tuberculeux dans les hôpitaux généraux. Ces pavillons devaient être entourés de jardins et comporter un personnel de choix, instruit et discipliné.

Une sous-commission, composée de MM. Duguet, Hanot, Letulle, Nielly, chargée de visiter les hôpitaux pour en étudier l'adaptation partielle aux services des tuberculeux, avait arrêté son choix sur Laennec, Tenon, Lariboisière et avait proposé des constructions neuves à Saint-Antoine, La Pitié, Cochin, Broussais, Bichat et Boucicaut. Aménagements et constructions neuves devaient fournir une totalité de 1112 lits. La construction de l'hôpital-hospice de Brévannes était ajournée. Ces conclusions, votées à l'unanimité par la commission, furent adoptées par le conseil de surveillance et par le conseil municipal. Comme conséquence, le conseil de l'Assistance publique affecta une somme de 6 millions et le conseil municipal une somme égale à la réforme de l'hospitalisation des tuberculeux. Si la commission vit couronner ses

efforts, tardivement et partiellement du reste, en ce qui concerne l'asepsie médicale et le personnel infirmier, elle eut moins de succès pour l'isolement des tuberculeux. Il est vrai que les réformes obtenues, si incomplètes qu'elles soient, portent à elles seules la récompense de si louables efforts.

Parmi les adaptations ou constructions, projetées, un seul pavillon (144 lits) fut installé à Lariboisière, les autres projets ayant été ou modifiés, ou remis à une date ultérieure. Un service de tuberculeux de 35 lits fut cependant créé à Boucicaut dès l'ouverture de cet hôpital en 1897 ; enfin M. Oulmont fit un essai d'isolement à Tenon (1899). Le service de Boucicaut comprit bientôt 69 lits avec les brancards et reçoit aujourd'hui couramment 120 à 125 malades (Letulle). Les pavillons spéciaux de Lariboisière et de Boucicaut ne donnèrent pas tous les résultats qu'on en attendait. M. Duguet disait à la commission de la tuberculose en parlant de Lariboisière : « Les résultats sont tout simplement déplorables à tous les points de vue : au point de vue médical comme au point de vue humanitaire ; la mortalité a été effrayante ; en trois mois 145 décès pour les quatre salles d'isolement. La manière dont les tuberculeux sont enlevés de la salle des maladies générales leur cause un véritable effroi. Les tuberculeux, au lieu d'être introduits directement de la consultation dans le service d'isolement, passent dans la salle commune. Ils attendent là le diagnostic du médecin, et ce n'est qu'après, voire dans les jours suivants qu'ils sont conduits à l'isolement. »

M. Letulle, qui s'est adonné tout entier à l'organisation de son service d'isolement à Boucicaut, laisse poindre le découragement qui résulte du peu de succès de ses efforts. Il obtint dans son service une hygiène générale excellente, y réalisa la cure hygiéno-diététique, obtint une amélioration durable dans 30 o/o des cas, mais la mortalité y demeura effrayante, le service recevant en grande partie des moribonds. Le mélange, dans les services spéciaux, de tuberculeux curables et des incurables constitue un sérieux élément de démoralisation. La cure de sanatorium, imposée à tous, est plutôt une cause de dépression, par les comparaisons fâcheuses qu'elle peut entraîner avec les disparus. Ces malheureux qui se sentent atteints du même mal craignent à bon droit un sort commun.

En 1898, le professeur Grancher lut à l'académie de médecine un rapport magistral sur la prophylaxie de la tuberculose et demanda l'approbation de l'assemblée sur la question de l'isolement des tuberculeux. Ce rapport fut suivi d'une longue discussion, qui se termina par le vote de conclusions approuvant entre autres le travail de la commission hospitalière.

Le 22 novembre 1899, le Président du conseil, Waldeck-Rousseau, institua, sur la proposition de M. Bompard, député, la *Commission extraparlementaire de la tuberculose*, à l'effet de rechercher les moyens pratiques de combattre la propagation de cette maladie. Les travaux de cette commission furent synthétisés par son rapporteur, Brouardel, en 1900. L'état de la tuberculose en France, la mortalité qu'elle entraîne y étaient

nettement exposés, et dans des rapports particuliers les causes déterminantes générales et spéciales de la maladie y étaient scrupuleusement étudiées ; contre chacune de ces causes des moyens appropriés étaient indiqués. Ainsi étaient exposés les procédés d'éducation, les mesures d'hygiène publique susceptibles de prévenir la tuberculose, le dispensaire anti-tuberculeux, d'après l'ingénieuse formule de Calmette, le sanatorium marin de Bergeron et de Armaingaud pour la dépister de bonne heure ; enfin, pour la guérir ou en empêcher le propagation, M. Letulle étudiait la cure dans les établissements spécialement installés, et l'isolement des tuberculeux pauvres et incurables. Dans le rapport général, Brouardel formula les conclusions suivantes concernant les tuberculeux :

1° Les tuberculeux doivent être séparés des autres malades ;

2° Des hôpitaux spéciaux doivent être créés dans les grandes villes, aménagés comme des sanatoriums vrais. Dans ces hôpitaux, des sections séparées seront organisées pour les tuberculeux curables, pour les incurables, et pour ceux qui sont atteints d'autres maladies intercurrentes ;

3° La commission accepte, lorsqu'il ne sera pas possible de faire autrement, qu'il y ait dans les hôpitaux des quartiers réservés aux tuberculeux, mais c'est pour elle un pis-aller. Elle craint que dans les hôpitaux mixtes, les séparations ne soient imparfaites.

Elle insiste sur ce fait, c'est que même lorsqu'il s'agit de créer des quartiers spéciaux et non des hôpitaux, un même

médecin ne soit pas chargé en même temps d'un service de malades ordinaires et d'un service de phtisiques. L'expérience a montré que dans ces cas l'effort du médecin se concentre nécessairement sur les malades atteints d'affections aiguës et que le phtisique est ou se croit négligé.

Il est désirable que des sanatoriums soient construits à la campagne pour mettre les tuberculeux indigents dans les conditions les plus favorables à leur guérison.

Ce plan de campagne établi et adressé au ministère de l'Intérieur, W. Rousseau dut se contenter d'envoyer des instructions administratives, qui restèrent lettre morte puisque aucune sanction légale ne permettait de les appliquer. La circulaire ministérielle du 15 juin 1901, qui prescrivait ces mesures, n'eut d'autre effet que de préparer l'opinion.

Le 1er janvier 1900, Waldeck-Rousseau prit un arrêté interdisant l'envoi dans les asiles nationaux de Vincennes et du Vésinet des convalescents présentant des signes d'affection tuberculeuse des voies respiratoires. Ce décret motiva la nomination, au sein de la Société médicale des Hôpitaux d'une commission chargée d'examiner la situation créée par cette mesure et « étudier les moyens de concilier les nécessités de l'hospitalisation des tuberculeux avec les exigences de la prophylaxie contre la contagion tuberculeuse ».

Le rapporteur, M. Barth, concluait en demandant :

a) Que des pavillons spéciaux soient réservés dans des asiles de convalescence aux malades atteints de tuberculose ouverte avec expectoration bacillifère.

b) Que dans les hôpitaux de Paris, des salles particulières, en nombre suffisant pour éviter l'encombrement, soient affectées aux grands phtisiques dont la présence dans les salles communes constitue un danger pour la généralité des malades.

Le vote de la loi sur la santé publique permit à M. Combes d'agir d'une façon plus efficace que son prédécesseur. Il réunit la *Commission de préservation contre la tuberculose* (commission de défense sociale), la rendit permanente et lui donna comme président M. Léon Bourgeois : « Je vous institue, prescrivit-il, pour que vous preniez l'initiative des mesures législatives et administratives à mettre en vigueur contre l'extension de la tuberculose, et je place parmi vous, pour traduire en lois et règlements vos solutions et vos propositions, les membres du Parlement les mieux préparés à s'associer à vos études, et c'est le Président de la Chambre des députés qui a bien voulu diriger vos travaux. » M. Léon Bourgeois demanda la discussion immédiate de l'hospitalisation des tuberculeux.

Le rapporteur de la Commission fut M. Armaingaud qui indiqua « les moyens pratiques de combattre dans les hôpitaux le fléau de la tuberculose ». Après discussion de ce rapport, la commission vota les résolutions suivantes :

1° Dans tous les hôpitaux publics, les administrations compétentes doivent interdire les relations directes ou indi-

rectes entre les malades tuberculeux et les malades non tuberculeux.

2° Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts qui leur seront exclusivement consacrés, et ils ne seront pas admis dans les autres services.

Les villes qui possèdent plusieurs établissements hospitaliers seront invitées, en conséquence, à affecter immédiatement aux tuberculeux un ou plusieurs de ces établissements.

3° Là où l'affectation d'un hôpital tcut entier est impossible, des quartiers distincts seront exclusivement réservés aux tuberculeux.

4° Même quand on ne pourra faire un hôpital ni quartier spécial, les tuberculeux ne pourront jamais être soignés dans une salle commune.

M. Armaingaud avait rédigé son rapport dans un but de prophylaxie antituberculeuse : le sort des tuberculeux était pour lui secondaire. C'est ce qui explique le caractère de la circulaire ministérielle qui en fut la conséquence.

Aussitôt après, le 15 janvier 1904, le Président du Conseil adressait aux préfets la circulaire impérative suivante dont le texte mérite d'être reproduit in-extenso.

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL

MINISTRE DE L'INTÉRIEUR ET DES CULTES

A MESSIEURS LES PRÉFETS

Par une circulaire du 15 juin 1901, mon prédécesseur a tout particulièrement appelé votre attention sur les moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose, notamment dans les établissements hospitaliers, qui, à tous égards, doivent en cette matière donner l'exemple.

Je crois devoir revenir sur cette question, dont la haute importance ne saurait vous échapper. Il ne paraît pas en effet que les instructions contenues dans la circulaire de 1901 aient été partout suivies exactement, et l'isolement des tuberculeux dans la plupart des hôpitaux est encore à réaliser.

Ainsi que l'expose très justement M. le Dr Armaingaud, dans son rapport à la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, bien que cette affection soit une maladie contagieuse, les tuberculeux, dans la plupart de nos hôpitaux, aussi bien à Paris qu'en province, sont confondus avec les autres malades, séparés d'eux bien souvent par un espace si étroit que les meubles indispensables à la propreté et aux besoins les plus urgents des malades ne peuvent y trouver place. La tuberculose, dont les sujets atteints occupent près de la moitié des lits des salles d'hôpital, est,

dit M. Armaingaud, « une maladie contagieuse, aux germes de laquelle les organismes affaiblis par une maladie quelconque ou par la pauvreté offrent un terrain de culture particulièrement fertile ; et cependant nous laissons ces organismes affaiblis et sans résistance en voisinage immédiat avec les pneumo-tuberculeux.

La tuberculose, ajoute le rapport, est une maladie contagieuse par l'expectoration des malades desséchée et réduite en poussière, par les fines gouttelettes de liquides que leur toux projette autour d'eux et dont il est impossible d'éviter la production et la diffusion autrement que par des précautions spéciales qui ne peuvent être prises dans une salle commune : et cependant, nous laissons dans chaque salle d'hôpital 30 malades atteints d'angine, d'affections cardiaques, d'anémie et de toutes les formes les plus variées de la misère physiologique et offrant la plus accueillante réceptivité, en communauté d'atmosphère intérieure avec 12 ou 15 autres malades qui répandent autour d'eux les germes tuberculeux.

« La tuberculose est une maladie contagieuse, et cependant nous permettons que les mêmes médecins, les mêmes internes, élèves et infirmiers qui sont en contact constamment répété avec les tuberculeux et avec les objets qu'ils ont pu souiller puissent passer plusieurs fois par jour du contact de ces tuberculeux au contact des autres malades de la même salle. Bien plus, nous exposons encore les membres de ce même personnel médical et de ce même personnel auxiliaire à contracter eux-mêmes d'autant plus facilement la tuberculose qu'ils ne peuvent, dans un service commun, prendre les mesures préservatrices qu'ils pourraient prendre dans un service spécial.

« Enfin, la tuberculose est une maladie infectieuse qui ne peut être rationnellement et utilement traitée qu'en assurant aux patients un air pur, constamment et méthodiquement renouvelé de jour et de nuit, en y ajoutant, avec une bonne nourriture, le repos et un sommeil calme : et cependant, nous les plaçons avec quarante autres malades, dans une atmosphère commune dont le renouvellement est rendu impossible par la nature même de leur mal qui s'oppose à l'ouverture des fenêtres ; leur repos et leur sommeil sont forcément troublés par les patients qui se plaignent ou ceux qui sont en proie au délire ; l'alimentation est forcément rendue insuffisante par toutes les conditions précédentes qui diminuent l'appétit et dépriment les forces digestives. »

Il est du devoir étroit de l'administration de l'assistance publique de ne pas laisser se perpétuer un pareil état de choses, si absolument contraire à toutes les données de la science, et en contradiction si manifeste avec le devoir social d'assistance et de solidarité. Pour remédier à cette situation déplorable, pour obtenir l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux, la Commission permanente de la tuberculose a, dans sa séance du 19 décembre 1903, voté les résolutions suivantes qui indiquent les moyens pratiques de combattre utilement, dans les hôpitaux, le fléau de la tuberculose :

Suivent les conclusions de M. Armaingaud, que nous avons reproduites d'autre part, voir page 127.

J'adopte ces résolutions, et je vous prie de tenir la main à ce qu'on s'y conforme dans le plus bref délai possible. Ainsi que vous le remarquez, l'isolement des tuberculeux devra être obtenu, soit par leur placement dans un hôpital spécial, soit par l'institution d'un quartier spécial, soit enfin,

et seulement à défaut d'hôpital ou de quartier spécial, par l'affectation d'une salle spéciale. L'importance des établissements hospitaliers, la distribution des locaux existants, les ressources disponibles pour l'aménagement de nouveaux locaux seront des éléments d'appréciation dont il conviendra de tenir compte pour l'application de l'un ou de l'autre procédé d'isolement.

En tous cas, il importe d'aboutir. La question devra être étudiée immédiatement par les commissions hospitalières s'aidant des lumières du corps médical et solutionnée par elles sans retard.

J'ajoute que dans les hypothèses, rares je les souhaite, où la simple affectation d'une salle spéciale ne pourrait même être procurée, les administrations hospitalières devront tout au moins établir dans les salles communes une séparation quelconque qui isolera les tuberculeux des autres malades. C'est-là un procédé imparfait, qui doit-être tout exceptionnel et n'avoir qu'un caractère provisoire, préférable cependant à la promiscuité complète, puisqu'elle oppose quelque obstacle à la diffusion des germes. Mais la règle, j'y insiste, c'est l'hôpital spécial, ou du moins la salle spéciale.

L'isolement s'entend, d'après le texte de la première résolution ci-dessus rapportée, de l'interdiction de toute relation directe ou indirecte entre les malades tuberculeux et les malades non tuberculeux. C'est dire que les infirmiers et infirmières attachés au service des malades tuberculeux ne devront donner leurs soins qu'à ces hospitalisés et s'abstenir d'approcher les malades non tuberculeux.

Si le même médecin visite les tuberculeux et les non tuber-

culeux, il devra du moins commencer par les malades non tuberculeux.

Quant au personnel secondaire attaché à la tuberculose, il sera tenu d'observer toutes précautions utiles, telles que changer de blouse, se laver les mains à la sortie du service, quand il se trouvera obligé de prendre contact avec le personnel des services de non tuberculeux.

Au surplus, l'organisation d'un service d'isolement ne saurait dispenser les administrations hospitalières d'assurer une désinfection rigoureuse et se conformer exactement dans le cas qui nous occupe, aux prescriptions prophylactiques réglementaires.

Veuillez, Monsieur le préfet, porter les instructions qui précèdent à la connaissance des commissions administratives, les faire ponctuellement observer dans tous les hôpitaux de votre département et y tenir personnellement la main.

Vous voudrez bien aussi m'accuser réception de la présente circulaire et m'informer ultérieurement par un rapport spécial des mesures prises ou décidées pour satisfaire à mes instructions.

L'émoi causé par cette circulaire fut grand par toute la France. Aussitôt les sociétés savantes se mirent en devoir de faire les propositions nécessaires à l'accomplissement des injonctions ministérielles. En province, à part l'hôpital Pasteur du Havre, et un pavillon de l'Hôtel-Dieu d'Angers et enfin des essais isolés dans quelques villes (Rouen, Besançon, etc.), l'isolement des tuberculeux n'était pas et n'est pas davantage réalisé. A Paris, M. Mesureur, au reçu de

la circulaire ministérielle, introduisit aussitôt la question devant le conseil de surveillance de l'Assistance publique le 4 février 1904. La Société médicale des hôpitaux, saisie officieusement quelque temps auparavant, avait déjà fait connaître un avis et adopté les conclusions de son rapporteur le Dr Barth ; elle proposait une mesure moins radicale, moins dispendieuse, plus rapide, aussi efficace comme moyen prophylactique et économique et qui évitait la suppression totale d'un grand nombre d'unités hospitalières.

« La Société médicale des Hôpitaux, persuadée par l'expérience du passé que l'isolement hospitalier des tuberculeux, dont la nécessité est reconnue par tout le monde, n'est promptement réalisable que si l'on a recours à des moyens simples et peu coûteux pour l'obtenir, émet le vœu :

Que M. le Directeur de l'Assistauce publique veuille bien étudier, de concert avec les chefs de service intéressés, la division, partout où cela sera possible, des salles de médecine générale par des cloisons vitrées qui permettront d'affecter un cantonnement distinct aux tuberculoses ouvertes, les seules contagieuses, et de réduire ainsi au minimum le danger de contamination pour les autres malades. »

Cette mesure était complétée, dans l'esprit de la Société médicale des Hôpitaux, par la création de l'hospice pour tuberculeux incurables qu'elle avait réclamée dans la séance du 9 mars 1900.

Le rapport de M. Mesureur indique bien les difficultés du problème à résoudre et le désir qu'il a d'aboutir.

Les hésitations, les tâtonnements, les atermoiements apportés dans l'exécution des mesures d'isolement, s'il viennent de votre part, de la part du corps médical des Hôpitaux de Paris ou de l'administration de l'Assistance publique, auraient le retentissement le plus funeste sur l'opinion publique ; vous feriez douter des hautes raisons d'ordre scientifique et social qui ont dicté cette mesure salutaire et vous laisseriez se propager faussement cette idée que l'isolement, s'il est utile contre la contagion, sera funeste aux tuberculeux. Ne devons-nous pas au contraire, par une mesure courageuse et rationnelle, faire l'éducation de l'opinion et lui montrer que si, d'une part, nous voulons arrêter la contagion dans nos hôpitaux, nous entendons assurer d'autre part, des locaux, des soins et des traitements mieux appropriés à la tuberculose ?

J'estime que les services spéciaux que nous créerons devront être consacrés, en principe, au traitement de la tuberculose à tous les degrés ; il faut qu'on se pénètre de plus en plus, dans le public, de cette vérité que la tuberculose peut être améliorée souvent, guérie quelquefois, et qu'on n'entre pas à l'hôpital seulement pour mourir : quelques services spéciaux de nos hôpitaux en témoignent hautement. Cela se justifiera encore par ce fait, sur lequel je reviens, que des représentants du corps médical des hôpitaux de Paris consentiront à ne s'occuper exclusivement, dans leur service, que de la tuberculose et que c'est là, pour nous, une garantie qu'ils sauront vite gagner la confiance de la population.

Si nous ajoutons que chacun de ces services se complètera d'une consultation externe, sorte de dispensaire antitu-

berculeux permanent, où les tuberculeux trouveront, au début de leur maladie, les conseils, les soins et les secours qui leur permettront souvent de se guérir, par l'effort de leur propre volonté, nous ne devons pas désespérer de faire accepter par l'opinion ces services d'isolement comme un bienfait pour la population malheureuse, surtout si, dans un avenir prochain, nous pouvons les compléter par des établissements extra-muros, où les uns iront attendre une fin plus douce au grand air et à la pleine lumière, les autres une guérison ou une amélioration certaine.

. . . .

... Les sacrifices d'argent que devront faire la ville de Paris et l'Assistance publique pour réaliser l'isolement ainsi compris, je les demanderai avec la conscience de faire une œuvre nécessaire. Il n'en serait pas de même des dépenses qu'on consacrerait à des demi-mesures, à des mesures apparentes d'isolement, qui tendraient au maintien du *statu quo* dans l'organisation de nos services de médecine.

Ce maintien est incompatible avec les indications de la science. La science oblige de plus en plus impérieusement le praticien à se spécialiser ; les services de nos hôpitaux, quoi qu'on fasse, suivront ce mouvement.

Le directeur de l'Assistance publique disait en 1896, au Conseil de surveillance, après la lecture du rapport de Grancher sur la tuberculose « que le devoir de l'Assistance publique était si lumineusement et si nettement tracé que la responsabilité commune du Conseil de surveillance et de l'administration serait lourde si ce rapport restait lettre morte, et n'ajoutait qu'une page éloquente à la littérature médicale ».

Depuis huit ans, Messieurs, cette responsabilité pèse toujours sur nous !

Après ce cri de détresse du directeur de l'Assistance publique, on aurait pu croire que l'isolement des tuberculeux allait être promptement réalisé. Il le fut en effet sur le papier. Sur un rapport de M. André Lefèvre, le Conseil de surveillance adoptait à la séance du 11 février 1904 une première délibération d'ensemble de la question et décidait en principe l'isolement des tuberculeux : 1° *dans les hôpitaux ;* 2° *dans des quartiers spéciaux ;* 3° *dans des services spéciaux* et chargeait l'administration de présenter prochainement une étude des voies et moyens.

Le 3 mars 1904 le Directeur général exposait le plan de campagne de la réforme de l'hospitalisation à Paris.

Un premier travail d'élimination avait limité le choix de l'administration aux hôpitaux suivants qu'on devait spécialiser à l'hospitalisation des tuberculeux : C'étaient l'annexe de l'Hôtel-Dieu, le Bastion 27, Tenon, Boucicaut, Laennec, Broussais. Ces hôpitaux fournissaient 1184 lits. La commission proposait en outre la création de services spéciaux à Tenon, Saint-Antoine, Boucicaut, Saint-Louis, ce qui fournissait 909 lits ; donc au total 2093 lits, dont 167 pour la chirurgie de la tuberculose, immédiatement réalisables.

M. Mesureur annonçait l'ouverture prochaine à Brévannes d'un hôpital de 500 lits, et l'emprunt effec-

tué par la ville de la somme nécessaire à la construction d'un hôpital spécial de 840 lits.

Enfin le Directeur général parlait d'un projet d'entente avec l'administration départementale pour que la cession du pavillon Rambuteau à la Salpêtrière soit réalisée ; et il émettait l'idée de construire sur les vastes terrains entourant l'hôpital Boucicaut un pavillon de 300 lits.

Les lits projetés, ajoutés à ceux existant déjà et bientôt appropriés, feraient donc un total de près de 4000 lits destinés à des tuberculeux et dont pourrait disposer l'Assistance publique pour la population parisienne.

Ce projet grandiose, vite élaboré, supprimait d'un coup de plume 6 centres hospitaliers, 6 centres d'assistance et d'instruction des élèves sur 16. Il est vrai qu'il débarrassait en grande partie des tuberculeux chroniques et incurables les autres hôpitaux. Mais son vice dominant ne tarda pas à être mis en évidence. Alors que tous les auteurs qui s'étaient occupés de la question de l'isolement des tuberculeux envisageaient leur guérison en même temps que leur isolement, même quand cette guérison n'apparaît que comme un vain espoir, le projet Mesureur, inspiré de la circulaire ministérielle qui elle-même reflétait le rapport de M. Armaingaud avait surtout pour but d'isoler les tuberculeux pour éviter la contagion, envisageant leur guérison comme un point secondaire. S'il ne s'était agi que des tuberculeux chroniques et incurables, leur internement dans des quartiers spéciaux

était légitime, mais le rapport de M. Armaingaud ne distinguait pas les tuberculeux chroniques, justiciables de l'hospice, des tuberculeux au début à isoler à la campagne ou au sanatorium. M. Armaingaud avait avec soin écarté de son rapport les moyens de cure contre la tuberculose, élaguant même les conclusions de MM. Grancher et Thoinot.

J'ai fait remarquer, disait-il à la Commission, que le rapport de la Commission de 1900 comportait un plus grand nombre de conclusions, mais la Commission permanente de la tuberculose n'ayant dans ses attributions que les mesures préservatrices et ne s'occupant ici de l'hospitalisation des tuberculeux qu'au point de vue prophylactique, j'ai dû détacher de la formule de la Commission de 1900 les conclusions relatives aux moyens de cure contre la tuberculose.

La commission de 1896, sous l'ardente impulsion de la plupart de ses membres, avait vu ses attributions s'étendre peu à peu et embrasser dans son ensemble la question des indigents tuberculeux à Paris, soignés à l'hôpital et à domicile ; la question s'était élevée au point de vue large et complexe du rôle de l'hôpital dans la lutte contre la tuberculose ; la Commission permanente de préservation faisait un recul en arrière, elle envisageait l'isolement des tuberculeux au point de vue strict de la préservation des malades non tuberculeux. La circulaire impérative de M. Combes, en donnant une impulsion trop vive et mal mesurée

à un projet préparé de longue main et en voie d'aboutir (1) allait en compromettre le succès et en retarder indéfiniment l'accomplissement. Non seulement elle restreignait la question, mais elle divisait les médecins, alarmait l'opinion publique, soulevait des hostilités nouvelles en dehors du corps médical.

Enfin les mesures draconiennes d'isolement, prescrites par la circulaire ministérielle et appliquées dans le projet Mesureur, dépassaient en quelque sorte le but en ne tenant aucun compte du mode de contagion de la tuberculose. Alors que la loi sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses de 1902 était encore inappliquée, alors que l'isolement des maladies transmissibles était encore incomplètement réalisé dans certains hôpitaux, le gouvernement prescrivait l'isolement absolu d'une maladie beaucoup moins contagieuse pour laquelle l'Académie n'avait pas osé demander la déclaration obligatoire.

Au point de vue de la limitation des ravages de la tuberculose et de l'avenir de l'humanité, l'isolement purement prophylactique pourrait être admis, s'il était réalisable ; la conservation au prix de soins assidus d'une infime partie des tuberculeux ne pouvant être mise en parallèle avec le nombre des existences épargnées par l'isolement pur et simple qui supprime

---

1. Le Conseil de surveillance venait de charger une commission spéciale d'étudier les moyens de réaliser l'isolement des tuberculeux et avait versé 1 million pour faire face aux dépenses sur le crédit hospitalier de 45 millions.

autant de foyers de contagion que de malades ; mais nos mœurs actuelles ont une certaine répugnance à admettre un procédé rappelant l' « enfermement des lépreux » au moyen âge.

« En matière d'hygiène sociale, dit M. Letulle, toute mesure de préservation humaine qui n'accorde pas aux victimes du mal à combattre le maximum d'assistance avec toutes les chances possibles de guérison est abusive et devient vite inapplicable. »

L'expérience de Boucicaut et de Lariboisière montre qu'on doit faire mieux pour les tuberculeux.

D'ailleurs ce projet, renvoyé par le Conseil de surveillance à la Commission de la tuberculose, apparut d'une application difficile et sur l'initiative de M. Léon Bourgeois, une commission mixte se réunit, à laquelle participèrent des membres du Conseil de surveillance, des membres de la Commission permanente de préservation, des membres de la Société médicale des Hôpitaux.

A cette Commission M. Grancher, moins intransigeant, se déclara partisan de l'isolement par quartier spécial.

« Tandis que M. le Directeur de l'Assistance publique propose, au premier rang, une solution idéale, que j'appellerais volontiers solution maxima, à savoir la création d'hôpitaux destinés exclusivement aux tuberculeux, MM. Barth et Siredey demandent l'isolement dans les salles actuelles qui seraient divisées en deux, ou mieux trois compartiments : 1° pour les maladies

communes ; 2° pour les douteux ; 3° pour les tuberculeux. C'est une solution minima. »

L'auteur trouve insuffisante cette solution parce que : 1° les malades se mélangeront ; 2° les tuberculeux ne seront pas soignés comme il convient. Pour l'isolement et le traitement, l'hôpital spécial n'est pas nécessaire ; le quartier spécial est suffisant. L'auteur veut y réunir les tuberculeux à toutes les périodes et leur donner une cure de sanatorium avec galerie de cure. Cette organisation sera plus avantageuse pour le malade, qui ne sera plus considéré comme un paria, pour le médecin qui n'aura pas seulement des tuberculeux à soigner.

La Commission mixte adopta les conclusions suivantes :

1° Immédiatement et simultanément, il sera créé ou adopté par les soins de l'Assistance publique un ou plusieurs hôpitaux spéciaux de cure pour les tuberculeux.

2° Dans chacun des hôpitaux parisiens, des quartiers spéciaux, proportionnés au nombre des tuberculeux, seront réservés à ces derniers.

3° A mesure que seront créés des établissements spéciaux pour les tuberculeux, l'Assistance publique affectera exclusivement aux non-tuberculeux des services de même importance ou tout au moins d'importance analogue.

4° Dans les établissements hospitaliers à constituer, il sera toujours prévu un quartier spécial et complètement séparé des autres, lequel sera consacré aux tuberculeux. Le nombre des lits de ces quartiers devra être au moins le tiers des lits

de tout l'hôpital c'est-à-dire environ la moitié des lits de médecine.

5° Dans les hôpitaux spéciaux, et dans les quartiers spéciaux, un certain nombre de boxes seront installés dans les salles, permettant d'isoler les uns des autres les malades, suivant les indications données par le chef de service.

6° Les malades atteints de tuberculose pulmonaire fermée non contagieuse seront soignés de l'affection chirurgicale indépendante dans le service commun de chirurgie.

Pour évacuer les tuberculeux chroniques incurables en surnombre dans les salles, la Commission décida la création d'un asile-hospice destiné à les recueillir. L'administration de l'Assistance publique proposa pour l'édification de cet hospice un choix entre trois terrains situés respectivement à Bondy, à Vaucresson et à Ivry, et chargea la Société médicale des Hôpitaux d'indiquer ses préférences. Ivry fut choisi et l'asile-hospice devait s'élever au voisinage de l'asile actuel des vieillards. Les plans de cet hospice sont prêts, mais il n'est pas construit.

Le 1er juillet 1905, la Commission permanente était saisie des conclusions de la Commission mixte, mais la question passionnait les esprits ; la population, les médecins semblaient s'émouvoir ; l'administration hésitait à sanctionner ces conclusions ; aussi la Commission permanente jugea-t-elle à propos de réunir une sous-commission purement médicale pour arrêter un plan définitif et examiner toutes les difficultés

d'ordre technique et professionnel qui retardaient l'application de la réforme.

A l'ouverture du Congrès de la tuberculose, le 2 octobre 1905, la Commission permanente donnait connaissance des délibérations de cette sous-commission qu'elle avait adoptées.

Ces résolutions comprenaient :

L'affectation d'un hôpital actuel au moins aux tuberculeux, divisé en services de 80 à 100 lits avec chambres et boxes d'isolement, galeries de cure, service de désinfection, la création d'un dispensaire annexé à l'hôpital.

Dans un certain nombre d'hôpitaux, des quartiers spéciaux devaient être aménagés pour le traitement et la cure des tuberculeux (sans contact possible des malades tuberculeux avec les non-tuberculeux) ; ces quartiers spéciaux aménagés comme l'hôpital spécial avec personnel rigoureusement distinct, ainsi d'ailleurs que le matériel, mobilier, linge, habits.

Le matériel de table devait être personnel à chaque malade, porter son numéro et être désinfecté après chaque repas !

Le service médical devait être fait par des médecins exclusivement attachés à ce service avec roulement.

Après adoption définitive de ces mesures par le Conseil de surveillance le 29 décembre, la Commission de la tuberculose sanctionnait ces délibérations et choisissait Laennec comme hôpital des tuberculeux, la moitié donnant sur la rue Vaneau).

A Laennec étaient rattachés : 1° un dispensaire ; 2° Brévannes comme hôpital spécial.

Le second service devait être établi à Tenon.

Ce n'est pas un des côtés les moins pittoresques de cette question que de voir l'hôpital Laennec plusieurs fois destiné à donner asile aux tuberculeux. Est-ce simplement pour lui rendre son ancienne destination? Est-ce parce que ses salles regorgent, comme tous les hôpitaux d'ailleurs, de ces malheureux incurables qu'on avait songé à utiliser dans ce but ces vieux bâtiments qui ne rappellent rien moins qu'un sanatorium? Les auteurs du projet étaient séduits par les jardins qui les environnent. Mais quelles transformations aurait dû subir ce vieil hôpital aux murs épais, aux voûtes sombres et humides, aux fenêtres étroites et élevées pour servir à la cure d'air, si l'on peut parler de cure d'air et de repos au milieu d'un quartier aussi dense, dans une atmosphère aussi malsaine.

Enfin rien n'est encore fait !... si l'on excepte le service de Brévannes ouvert le 1er juillet 1907 et permettant depuis peu d'hospitaliser 248 malades de chaque sexe. Tout récemment le Conseil municipal vient de voter 325.000 francs pour l'isolement des tuberculeux.

Entre temps, la question a été discutée à tous les Congrès qui jusqu'en 1905 eurent lieu respectivement à Berlin (1899), à Londres, à Naples, à Madrid, à Bruxelles, à Liège, à Copenhague.

Comment on peut concevoir l'hospitalisation des tuberculeux

Ainsi les discussions de toutes ces Commissions et sous-Commissions n'ont eu d'autre effet que de montrer la complexité extrême du problème à résoudre. « Le problème de l'isolement des tuberculeux, dit M. L. Bourgeois, quand il s'agit d'établissements nombreux, quelquefois très anciens, mal disposés et toujours malheureusement encombrés comme le sont les nôtres, d'une population hospitalière de près de 14.000 malades, comprenant près de 5,000 tuberculeux, quand il s'agit de services dans lesquels les nécessités de l'enseignement compliquent encore le service hospitalier proprement dit, quand il s'agit enfin d'une ville comme Paris, immense, à population fortement agglomérée, où les conditions de traitement de la tuberculose sont par là même plus difficiles à réaliser, le problème de l'isolement des tuberculeux rencontre de toutes parts des difficultés pratiques ».

Aussi ce problème garde-t-il son intérêt, bien que n'étant plus tout à fait d'actualité, de mode. Il constitue certainement la question d'hygiène pratique la plus urgente dont nous puissions rêver la réalisation. Il nous est donc permis de nous demander à notre tour, après tant d'autres, les réformes qu'exige l'hospitalisation des tuberculeux. Nous admettons que l'hôpital de tuberculeux ne doit pas être seulement un instru-

ment de *prophylaxie,* il doit être un instrument de *lutte* ; il doit empêcher la contagion de la tuberculose en s'efforçant de la guérir.

Contagion de la tuberculose à l'hôpital

La contagion de la tuberculose à l'hôpital ne fait plus de doutes ; pourtant certains auteurs, MM. Grasset, Williams de Brompton Hospital la nient ; nous n'avons évidemment pour la démontrer que des arguments cliniques et non des preuves scientifiques. Ce fait n'a rien d'étonnant puisque nous ne savons pas encore d'une façon positive par où entre le bacille (Expériences contradictoires de MM. Kuss, Lenoir et Camus, Saugman, etc. — Rapport de M. Landouzy) ! La transmission de la tuberculose n'est démontrée expérimentalement que dans les cas exceptionnels de tubercule anatomique développé à la suite d'une autopsie par exemple. Ces cas de contagion fort rares ne sont susceptibles de se produire que pour les médecins ou le garçon d'amphithéâtre. Infiniment plus fréquente, plus insidieuse, plus redoutable est la contagion dans la salle d'hôpital de la tuberculose pulmonaire. Les arguments cliniques que nous possédons pour la prouver s'accumulent depuis quarante ans que la contagion de la tuberculose est démontrée. Ils ont donc acquis une grande valeur. Vallin dans un rapport très documenté sur la contagion de la tuberculose signale à la Société

médicale des Hôpitaux en 1884 des cas de contagion hospitalière : M. Landouzy en 1881, dans ses leçons faites à la Charité, dit avoir souvent constaté des lésions tuberculeuses récentes chez les tabétiques, les paralytiques, les cancéreux qui meurent à l'hôpital après y avoir fait un long séjour : M. Debove a été effrayé du chiffre de phtisiques fourni par le personnel infirmier à Bicêtre. Nathalis Guyot estime cette proportion à 60 o/o. Nous avons signalé déjà qu'en 1896 une discussion s'engage à l'Académie de médecine à propos de trois cas de tuberculose paraissant avoir été contractés à l'hôpital et rapportés par M. Jaccoud. La plupart des auteurs qui participent à cette discussion, MM. Terrier, Debove, Duguet, etc., se montrent convaincus de la contagion. M. Landouzy, dans son rapport à la commission spéciale de la tuberculose, en 1897, nous montre que la phtisie professionnelle frappe dans une proportion effrayante, à tout âge, le personnel infirmier. M. Letulle en 1900 nous rappelle la fréquence des lésions tuberculeuses trouvées à l'autopsie des malades chroniques ayant séjourné longtemps à l'hôpital ; et nous montre que la tuberculose est leur fin naturelle, ce qui semble contredire le vieil adage des incompatibilités morbides de Cruveilhier ; il publie enfin les statistiques de mortalité des sœurs augustines de l'Hôtel Dieu et constate que de 1876 à 1899, sur 102 décès 82 furent causés par la tuberculose pulmonaire. Cornet prétend que cette mortalité pour le personnel des ordres religieux atteint en Prusse la proportion de 64 o/o.

Il est impossible de ne pas admettre l'influence de la contagion. M. Devoto, au congrès de la tuberculose tenu à Naples en avril 1900 nous apprend que 20 o/o des infirmières succombent à la tuberculose. Enfin M. Mosny prétend, d'après sa propre expérience, que la proportion de 58 o/o indiquée par M. Landouzy pour la mortalité tuberculeuse du personnel est encore trop faible.

Il s'agit cependant d'interpréter ces faits. Ils ne valent que par leur nombre, étant donnée la durée variable, mais certainement longue d'incubation de la tuberculose. On peut dire à bon droit que le malade qui devient bacillaire pendant la convalescence d'une affection aiguë (grippe, fièvre typhoïde, pneumonie, rhumatisme) n'a pas contracté la tuberculose à l'hôpital où il a été soigné, mais que l'infection bacillaire ancienne a été réveillée, révélée par la maladie aiguë récente. Il est difficile de savoir si la tuberculose ultime des cachectiques n'existait pas à l'état latent depuis de longues années. Enfin la tuberculose si fréquente du personnel peut être imputée aux fatigues exceptionnelles imposées à une profession peu hygiénique, où les habitudes d'intempérance sont la règle.

Ces arguments ont leur valeur, mais il est facile de s'assurer d'une part que les chroniques atteints d'affections similaires meurent beaucoup plus rarement de tuberculose en ville qu'à l'hôpital et que d'autre part, aucune profession, aussi antihygiénique qu'elle soit, ne paie à cette maladie un aussi lourd tribut que

celle d'infirmier (1) ; la mort par tuberculose est presque la règle, chez les surveillantes en particulier, dont on ne peut incriminer l'intempérance.

Si nous ignorons la durée, longue et variable de l'incubation de la tuberculose, nous connaissons les éléments susceptibles de servir d'apport de bacilles. Si nous n'avons que des probabilités à fournir pour démontrer la contagion hospitalière de la phtisie, nous avons des données scientifiques sur le point précisément le plus important, c'est-à-dire le véhicule possible du contage. Nous avons insisté déjà sur les corpuscules de Flugge, et montré leur importance pour la contagion tuberculeuse, surtout dans une salle encombrée. Ces corpuscules sont des agents de *contagion directe*. Nous savons que les bacilles qu'ils contiennent ne sont dangereux qu'en grand nombre et lorsque leur apport dans l'organisme sain est fréquemment renouvelé, quand enfin cet organisme présente un terrain favorable à leur développement. Le bacille tuberculeux est très souvent un hôte inoffensif, puisque nous connaissons la fréquence des lésions tuberculeuses chez les sujets jouissant d'une apparente bonne santé, puisque Strauss, Lermoyez, Dieulafoy, nous ont montré que les bacilles tuberculeux se rencontrent souvent dans les fosses nasales ou sur les amygdales de l'homme sain, qui respire l'air de la salle d'hôpital.

---

1. Notons que les blouses d'infirmiers ne sont changées qu'une fois par semaine dans certains hôpitaux. Il y a là une source de contagion indéniable pour le personnel et même les malades.

D'autres facteurs de *contagion indirecte* jouent un rôle important dans la dissémination du bacille tuberculeux, particulièrement quand les soins de propreté sont moins parfaits à cause du trop grand nombre de malades. Ce sont d'abord les poussières, qui conservent leur pouvoir pathogène pendant plusieurs mois, et dont l'importance, bien que moins considérable que ne le pensait Cornet, n'est pas négligeable. De plus, en hiver, la salle chauffée à l'air sec dans la plupart des hôpitaux, est remplie de poussières de charbon susceptibles de traumatiser la muqueuse bronchique et d'affaiblir l'action phagocytaire. A ces causes importantes de contagion tuberculeuse se joignent des conditions accessoires résultant de l'insuffisance de l'asepsie médicale dans la plupart des services hospitaliers. De nombreux auteurs ont insisté déjà sur les modes possibles de contagion tuberculeuse. C'est d'abord l'insuffisance fréquente de la désinfection de la literie ; le système déplorable de désinfection des crachoirs confiés à un service spécial dans quelques hôpitaux, mais effectuée généralement par l'infirmier de la salle trop souvent insouciant ou inconscient du danger qu'il court et qu'il méprise ; les dangereuses manipulations des vêtements du malade, du linge qui n'est pas désinfecté, ni mouillé avant d'être envoyé au blanchissage. M. Mosny, enfin, a insisté sur la contamination possible des voies respiratoires par les ballons d'oxygène. On peut craindre la contagion des voies digestives par les couverts, les assiettes, les fioles pharmaceutiques.

De grands progrès sont donc encore à réaliser pour que l'asepsie médicale soit parfaite, bien que les commissions qui se sont succédé depuis 1896 aient obtenu des résultats considérables, en particulier la suppression du balayage à sec.

Connaissant les modes possibles de contagion de la tuberculose à l'hôpital, nous sommes armés pour en organiser la prophylaxie. Prendre contre la tuberculose, dont la réceptivité est relativement faible, surtout chez l'adulte, dont la contagion pour être efficace doit être prolongée et massive, les mêmes précautions que contre la variole ou la scarlatine, c'est méconnaître toutes nos acquisitions sur la pathogénie des maladies infectieuses et opposer la même barrière à des germes essentiellement différents. Alors que Vallin en 1884 établissait ces distinctions qui expliquent que la contagion de la variole a été reconnue de tout temps, tandis que celle de la tuberculose vient seulement d'être définitivement admise, on s'explique mal que les mêmes mesures aient pu être proposées récemment contre ces deux affections.

D'ailleurs tous les tuberculeux ne sont pas également contagieux. Nous savons que les uns crachent constamment et abondamment une expectoration riche en bacilles, même en conservant un bon état général ; d'autres, surtout atteints de sclérose pulmonaire, d'emphysème vicariant, expectorent peu de bacilles ou des bacilles peu virulents, ou présentent des bacilles dans leurs crachats d'une façon intermittente. Peterson, qui a essayé de compter les bacilles expec-

torés par les tuberculeux aux diverses périodes de la maladie, conclut que les dangers de contagion sont le plus marqués en général à la deuxième période où les bacilles sont nombreux et virulents ; les dangers sont moindres à la première période où les bacilles sont moins nombreux, et aussi à la troisième période, bien que l'expectoration soit plus abondante ; c'est que cette expectoration est plus visqueuse ; moins fluide, moins diffusible, et qu'elle contient des bacilles moins virulents.

Curabilité de la phtisie à l'hôpital

Si tous les tuberculeux ne sont pas également contagieux, ils sont loin d'être tous également curables. Le plus grand nombre des malheureux qui encombrent nos hôpitaux sont vraiment des incurables au sens large du mot, et ceci ne porte nullement atteinte au dogme de la curabilité de la phtisie.

Sitôt qu'elle a franchi le second degré, la tuberculose, au moins chez l'indigent, ne guérit plus. Les tuberculeux qui forment la clientèle hospitalière sont incapables de s'astreindre à un traitement assez méthodique, assez prolongé pour obtenir leur guérison. Parmi ceux qui auraient l'intelligence suffisante et l'énergie nécessaire pour s'efforcer de mener à bien un traitement d'aussi longue durée, bien peu ont les possibilités matérielles de l'entreprendre ; la plupart, à peine sortis de l'hôpital retournent à leur travail et trop souvent reprennent leurs habitudes d'intempé-

rance avec une hygiène déplorable à tous points de vue.

Parmi ceux, assez nombreux cependant, qui naturellement réfractaires au virus tuberculeux, arrivent à limiter leurs lésions et à en obtenir la cicatrisation, la plupart gardent de cette tuberculose guérie des cicatrices telles que l'hématose pulmonaire est définitivement compromise. Le malade, guéri de sa tuberculose pulmonaire, reste atteint de sclérose pulmonaire avec ou sans adhérences et rétractions pleurales, de dilatations bronchiques, d'emphysème, etc., lésions de la phtisie fibreuse qui font de lui un *infirme du poumon* et qui sont incurables. De tels malades sont légion dans la clientèle tuberculeuse de l'hôpital.

Le tuberculeux chronique malade d'hospice
(Grancher, Letulle, Barth, etc.)

On pourrait en effet, au point de vue économique, diviser les bacillaires qui fréquentent l'hôpital en trois grands groupes.

Le premier groupe est représenté par les tuberculeux à marche lente dont nous venons de parler. Ils conservent généralement des bacilles dans leurs crachats ; mais leur infirmité ne modifie que peu leur état général et leur permet une vie en quelque sorte relative. Avec une bonne hygiène, un repos prolongé, ils recouvrent presque complètement les attributs de la santé. Un effort quelconque, parfois le plus léger travail, épuise leur résistance, détruit l'équilibre instable de leurs organes. Pendant la bonne saison, les

moins atteints, les plus énergiques travaillent parfois d'une façon continue, disséminant leurs bacilles sans trop de danger pour eux-mêmes. Aux premiers froids, leurs bronches fragiles se congestionnent. Ils arrivent en foule à l'hôpital, et parfois on est stupéfait, les voyant dyspnéiques, fébricitants à leur entrée, de les trouver, au bout de peu de jours, apyrétiques et très améliorés. Ajoutons que tous les infirmes du poumon ne sont pas tuberculeux.

Le second groupe comprend les tuberculeux chroniques, banaux, à lésions ulcéreuses progressives, évoluant sans réactions générales très intenses, au moins au repos dans la salle de l'hôpital, mais rendant à peu près impossible tout travail suivi.

Nous pouvons ranger dans le troisième groupe les moribonds, les cachectiques, les grands cavitaires, les phtisiques à poussée aiguë ou à marche rapide, ou enfin avec maladie intercurrente.

De ces trois groupes de tuberculeux, le troisième seul est justiciable de l'hôpital.

Le bilan des malheureux chroniques qui forment les deux autres groupes est le suivant :

Ils ont droit à un repos prolongé et doivent être hospitalisés.

Ils constituent une unité encombrante, donc nuisible ; leurs quintes de toux fatiguent les malades aigus ; leurs crachats risquent de les contagionner.

Leur séjour dans la salle commune constitue pour eux-mêmes un danger redoutable.

Ils offrent un intérêt clinique modéré.

On ne peut rien de plus pour eux à l'hôpital qu'à l'hospice, puisqu'ils n'y trouvent pas l'hygiène parfaite nécessaire à leur guérison ; bien que souvent incurables, des soins réguliers leur sont dus.

Ils coûtent plus cher à l'hôpital qu'à l'hospice.

Leur nombre augmente sans cesse.

Le recensement des tuberculeux chroniques indigents à Paris a été effectué à plusieurs reprises depuis 1893. Il semble que Paris en soit inondé ; on viderait les hôpitaux qu'on pourrait aussitôt les remplir de tuberculeux nouveaux. Ils forment comme l'écume mouvante de cette mer immense qu'est la population parisienne. M. Letulle en compte 1200 en 1894, 1800 en 1904 dans les différents hôpitaux. Knopf et L. Petit arrivent à des chiffres comparables. L'enquête administrative de 1895, en découvre 5000 inscrits au bureau de bienfaisance. En 1898 L. H. Petit en compte 7550 au total, dont 5000 inscrits au bureau de bienfaisance, 348 soignés à domicile. L'augmentation du nombre de leurs journées d'hôpital est de 865 par an en moyenne d'après L. Petit.

En 1902, à la demande de M. A. Rendu, au nom du Conseil municipal, une statistique fut établie par l'administration : il y avait le 2 décembre dans les hôpitaux 1623 malades nettement tuberculeux, 234 tuberculeux soignés pour une autre affection, et 184 douteux.

L'enquête de 1904 découvre 2000 tuberculeux contagieux dans les services hospitaliers, répartis dans la proportion suivante :

en médecine 30 o/o des malades hommes
— 15 o/o des — femmes
— 3 o/o des — enfants
en chirurgie dans la proportion de 3 o/o des malades environ.

M. Lenoir a établi pour son service de Saint-Antoine une statistique très complète, qui porte sur l'année 1903. Bien que cette statistique aurait plus de rigueur si elle avait été faite pour tous les services hospitaliers, nous la reproduisons parce qu'elle corrobore les chiffres constatés par plusieurs chefs de service, et qu'elle nous paraît donner une idée très nette de l'effort énorme effectué par l'Assistance publique contre la phtisie, comparativement à l'insignifiance des résultats obtenus.

30 à 40 o/o des lits sont donnés à des tuberculeux.

33 o/o des journées de malades sont des journées de tuberculeux.

Ceux-ci absorbent donc *le tiers des ressources hospitalières !* (M. Letulle constate le même fait après avoir recensé en 1893 les tuberculeux des trois hôpitaux de Saint-Antoine, la Charité, Beaujon).

Bien que le tiers au moins des lits soit affecté à des tuberculeux, ceux-ci ne forment que le quart des malades soignés, car ils restent plus longtemps que les autres malades (70 à 90 jours), parfois de longs mois.

Un quart meurent à l'hôpital, 80 o/o peuvent être qualifiés d'incurables.

En 1877, le prix de la journée était de 2 fr. 93, en 1898 de 3 fr. 50, en 1908 de 4 fr. 30.

Le tuberculeux gêneur est donc reçu fort mal dans tous les services. L'odyssée du phtisique, sans être aussi navrante qu'autrefois, est encore terriblement cruelle. Le tuberculeux d'aujourd'hui n'a plus à assiéger comme naguère la consultation hospitalière le matin, le bureau central l'après-midi. Le malheureux, dans ses allées et venues perpétuelles, tentées à bout de forces, était bientôt en proie à des poussées aiguës, favorisées par les intempéries, la misère, l'inanition, qui légitimaient son entrée à l'hôpital, mais hâtaient sa fin. A peine amélioré on le renvoyait de l'asile où il avait goûté quelque repos et il était contraint aux mêmes démarches pour obtenir la même faveur. Aussi voyait-on moins de tuberculeux qu'aujourd'hui dans les salles. Actuellement les phtisiques sont plus facilement reçus à la consultation hospitalière, faite tous les jours par le même médecin. Une fois installés dans le service qu'on leur a désigné les tuberculeux, souvent valides, ne se sentent pas assez malades pour y rester désœuvrés. Les hommes lisent, causent ou jouent ; les femmes travaillent aux menus objets de lingerie. Mais ces distractions deviennent vite monotones, les laissent bientôt indifférents ; ils s'y adonnent sans conviction puis les délaissent ; au bout de peu de temps, la tristesse et l'hébétude sont répandues sur tout ces visages. Même regard vide, même immobilité de la face, même torpeur intellectuelle, même abattement chez tous ces

malades qui se sentent atteints mortellement, parfois comptent les disparus et supputent les jours qu'il leur reste à vivre. Bien peu ignorent le mal dont ils meurent : s'ils s'illusionnent quelque temps, un mot du médecin, la réflexion d'un élève, l'indiscrétion du personnel ou les explications de leurs voisins ont bientôt fait de les renseigner. Un certain nombre d'entre eux. il est vrai, optimistes comme l'est souvent le tuberculeux, et presque toujours d'une intelligence bornée, demeurent ignorants ou insouciants de leurs misères et vivent, éternellement couchés. d'une vie purement végétative.

Ils demeurent ainsi, parfois presque oubliés, sur un brancard ou un lit, indéfiniment, déroutant par leur survie toutes les prévisions. La pitié du chef de service les laisse en repos pendant un temps plus ou moins long, et le tuberculeux a ceci de commun avec le vagabond d'hôpital qu'il n'ignore pas le service où il pourra jouir d'une plus longue tranquillité, et recevoir les soins les plus bienveillants. Tantôt d'humeur vagabonde, le phtisique demande sa sortie ; plus souvent l'encombrement nécessite l'expulsion qui sans cesse le menace. On le renvoie avec une bonne parole qu'il se garde d'oublier ; il reviendra abuser de l'intérêt qu'on lui porte. Plus ou moins guéri de la poussée aiguë qui a pu le conduire à l'hôpital, le tuberculeux, habitué à son sort part sans mot dire, et le plus souvent, après avoir plus ou moins disséminé ses crachats au dehors, il rentre dans le service voisin.

Divers modes d'Isolement

Pour réaliser l'hospitalisation des tuberculeux, tous les moyens possibles ont été préconisés. Nous pouvons donc faire un choix. L'*isolement individuel* apparaît comme l'idéal ; la contagion ou la surinfection sont impossibles, le malade est dans les conditions théoriquement les meilleures pour réaliser sa guérison ou s'en rapprocher. Si les mesures d'asepsie médicale sont bien observées, avec un personnel bien stylé, on pourrait d'ailleurs, théoriquement, coucher côte à côte (dans des boxes ou chambres voisines) des malades très différents (tuberculeux ou non, contagieux ou non).

Ce mode d'hospitalisation, employé à l'hôpital Pasteur, dans certains services d'hôpitaux d'enfants (Hérold, Claude Bernard, Trousseau, Bretonneau, Enfants-Malades, services des douteux) n'offre que des avantages pour le malade ; en particulier il est impossible, dans une salle boxée, de loger le moindre brancard — ce dont nous avons entendu un directeur d'hôpital se plaindre très sérieusement — : à peine peut-on invoquer contre ce mode d'hospitalisation l'ennui qui résulterait pour le malade de son isolement. Malheureusement ce système, qui conduirait à prévoir un nombre de lits très considérable, est absolument inapplicable actuellement pour des raisons budgétaires.

A l'opposé de cette conception, nous pouvons envisager l'*isolement collectif*. Parfait comme moyen pro-

phylactique, cette variété d'isolement est détestable comme moyen curatif de la tuberculose. En groupant dans un même lieu toutes les variétés de tuberculose, même localisée au poumon, on s'expose à la surinfection des malades. Mais ce sont surtout des raisons morales que l'on invoque à bon droit contre le fait de parquer les tuberculeux dans des « léproseries modernes » (Hanot). Les malades, en supposant qu'ils consentent à entrer dans cet « antichambre de l'amphithéâtre » (Debove), s'y démoraliseraient vite au spectacle de malades atteints de la même affection ; enfin ils en sortiraient tarés et ne trouveraient plus aucun emploi. On les fuirait comme des pestiférés. Ils emporteraient de cet asile un certificat de tuberculose (Bourgeois) et la crainte de la contagion suffirait à leur fermer la porte des ateliers, des usines, des magasins. On ne peut nier qu'il y ait là un préjugé et une injustice ; le tuberculeux instruit de son mal et de la prophylaxie applicable étant infiniment moins dangereux que le tuberculeux ignoré de tous et de lui-même ; mais ce préjugé, appuyé sur l'égoïsme d'autrui, ne saurait être négligé ; il faudra beaucoup de temps, pour que ces raisons morales triomphent de l'opinion.

Enfin cet isolement collectif sans discernement est irréalisable, en raison du grand nombre de tuberculeux et de la diversité d'aspects de la tuberculose pulmonaire ; il est impossible de faire en pratique une sélection absolue entre les tuberculeux et ceux qui ne le sont pas. La clinique est impuissante à les séparer

complètement ; le laboratoire peut être en défaut même après des examens de crachats répétés ; enfin le séro-diagnostic, l'ophtalmo-réaction sont des méthodes ou compliquées ou infidèles, en tous cas incapables de faire la sélection seule importante entre les tuberculoses ouvertes contagieuses et les tuberculoses fermées non contagieuses. D'ailleurs arriverait-on à vaincre toutes ces difficultés, que l'évacuation de tous les tuberculeux dans un ou plusieurs hôpitaux spéciaux est impossible. Quoi qu'on fasse, on est donc certain d'avoir comme en Angleterre, malgré les hôpitaux d'isolement, des tuberculeux dans les hôpitaux généraux.

A vrai dire, les partisans de l'isolement collectif le conçoivent généralement d'une façon moins brutale et plus en rapport avec les données cliniques. Dans un même hôpital, consacré à la tuberculose, on a songé à établir des sections suivant les formes ou les degrés de l'affection. Ceci nous amène à considérer l'*isolement par sections* auquel on est fatalement ramené, auquel aboutissent même les partisans les plus fervents de l'hôpital spécial. Cet isolement par sections peut être envisagé de plusieurs manières.

Par l'*hôpital spécial* que nous étudierons plus loin. L'hôpital spécial a rallié de nombreux partisans ; mais il ne peut être envisagé que comme une conception de l'avenir, quand les idées seront un peu modifiées sur la tuberculose, quand la maladie sera moins fréquente. D'ailleurs, excellent en principe, nous savons que l'hôpital spécial ne saurait suffire à lui seul. Enfin,

pour vider de leurs tuberculeux les hôpitaux actuels, il faudrait ou bien construire simultanément un grand nombre d'hôpitaux spéciaux ou affecter plusieurs des hôpitaux actuels aux tuberculeux. La première conception est impossible ; la seconde a été tentée mais a échoué, car elle supprime brusquement un grand nombre de centres d'assistance, émeut la population parisienne en réformant d'emblée le mode d'hospitalisation et en créant ce qu'on considère — à tort du reste — comme des foyers de contagion au sein de la cité. Une réforme de cette importance, l'expérience l'a montré, ne saurait s'effectuer en une fois ; il y a lieu d'opérer une transformation moins radicale et moins brusque. Cependant si, comme on l'a voulu, on se propose simplement de créer ou d'adopter successivement plusieurs hôpitaux en vue de la cure de la tuberculose et de l'isolement des tuberculeux, on ne résout qu'une faible partie du problème et on ajourne indéfiniment une réforme qui s'impose, urgente.

Nous sommes donc amené à adopter une *solution mixte,* soit par la création de *quartiers de tuberculeux* dans les hôpitaux généraux, ce qui peut être considéré comme une variété d'isolement collectif, soit par le *sectionnement des salles communes* (Barth), ce qui constitue en somme ce que M. Mosny appelle l'*isolement quasi-individuel.* On groupe les tuberculeux suivant leur état ou le degré de leur affection ; les chroniques incurables dans une salle spéciale, les douteux dans des boxes d'isolement, les tuberculeux

au début. les individus suspectés de tuberculose, non contagieux, restent avec les malades aigus; enfin les tuberculeux à marche rapide, ou présentant quelque complication, les cachectiques, les moribonds, incapables d'observer la discipline du crachoir, sont séparés dans des salles d'isolement.

La première solution est celle à laquelle s'est rallié M. Grancher.

La seconde est celle proposée par la société médicale des hôpitaux.

Dans les deux cas, le malade pourra sortir de l'hôpital sans que l'on sache pour quelle affection il y a été soigné. Dans le second cas même, il pourra ignorer qu'il est tuberculeux. Il est à craindre pourtant que le pavillon spécial ait le mauvais renom de l'hôpital collectif comme tendrait à le prouver l'expérience de Lariboisière. Pourtant cette réputation serait singulièrement améliorée, si ces pavillons étaient multipliés et si l'organisation contre la tuberculose était complète. Le pavillon spécial réalise un isolement plus rigoureux, mais nous savons que cet isolement n'est pas nécessaire, si l'asepsie médicale est suffisante, si les précautions sont prises par le personnel pour éviter la contagion, si l'encombrement disparaît. L'expérience de MM. Barthe et Michaux a montré que, dans une salle encombrée, les bacilles de Koch se retrouvent dans le mucus nasal des malades qui sont couchés près des tuberculeux, tandis que ces bacilles ne se retrouvent plus dès que les lits ne sont plus entassés et sont à leur distance normale. Comme

d'ailleurs le remarque M. Mosny, avec une asepsie médicale suffisante, dans une salle non encombrée, on pourrait se dispenser d'isoler les tuberculeux, tandis que l'isolement sans précautions est une mesure aveugle et dangereuse, qui ne saurait suffire à la prophylaxie de la tuberculose. Les tuberculeux, soignés dans les quartiers ou les salles spéciales, ou même isolés par une simple cloison vitrée, n'auraient pas en tous cas à regretter l'état actuel. Ils seraient mieux soignés, auraient tous un lit, ils ne courraient aucun risque de surinfection, l'asepsie médicale étant aisée et réalisable simplement par les soins de propreté et par les mouchoirs de papier (Th. Guyot et Barth), que le malade applique devant sa bouche au moment des quintes de toux. Ces mouchoirs réalisent très simplement l'arrêt des gouttelettes de Flugge, sans qu'on ait besoin de recourir au masque trompeur et barbare de Frankel.

Qu'on construise donc des quartiers spéciaux ou qu'on aménage les salles, en séparant les tuberculeux des autres malades par des cloisons vitrées incomplètes, peu importe; les deux organisations peuvent très bien coexister, même dans un seul hôpital. Le seul point important, c'est de consacrer à la tuberculose contagieuse un nombre de lits suffisant pour satisfaire aux besoins habituels de chaque quartier, et d'isoler ces lits, au moins par une cloison. Faire plus est bien, mais inutile.

Beaucoup plus importante est la question *de l'asile-hospice pour tuberculeux incurables,* qui devra être

situé hors de Paris et qui apparaît à la fois comme un hôpital régulateur, destiné au trop plein des malades, et comme un moyen de sélection des tuberculeux. Cet asile-hospice est indispensable, pour faire cesser l'encombrement, et sa construction s'impose à bref délai. Tant qu'il n'existera pas, les tuberculeux seront toujours en surnombre, quelque disposition qu'on prenne pour les caser dans les hôpitaux existants. Ils continueront à être mis à la porte d'une salle plus encombrée pour entrer dans une autre salle moins encombrée, aggravant leur maladie et la communiquant, dans leurs déplacements inutiles, qui s'effectuent à grands frais pour l'Assistance publique. Des trois unités qui nous manquent pour organiser la lutte contre la tuberculose à Paris, l'asile-hospice est d'une importance primordiale ; lui seul serait presque suffisant, et sa nécessité se fait cruellement sentir, les lits de Brévannes étant à l'heure actuelle trop peu nombreux pour l'évacuation des tuberculeux incurables. On installera ensuite ou les quartiers spéciaux, ou le cloisonnement des salles communes ; mesures plus coûteuses, s'il s'agit de quartiers spéciaux, plus simples et réalisables à peu de frais, si l'on se contente de cloisonner les salles préexistantes. On pourra se préoccuper ensuite de l'hôpital spécial intra-urbain, celui dont on s'est le plus soucié, autour duquel on a le plus discuté et dont le besoin se fait le moins sentir. L'installer en premier lieu est une maladresse, car, ou bien on choisira pour l'aménager un hôpital préalablement existant, et l'on supprimera du même coup

une unité importante d'assistance, en même temps qu'on soulèvera — le cas s'est produit — des réclamations plus ou moins justifiées des habitants du quartier, sans diminuer la proportion des tuberculeux dans les autres hôpitaux ; ou bien on le construira de toutes pièces, et alors on dépensera des sommes considérables, paralysant pour longtemps tout effort nouveau et toute organisation d'une nécessité plus immédiate, risquant enfin de retarder sans cesse et de compromettre définitivement une mesure dont l'urgence n'est plus à démontrer.

Si, au contraire, on hâte la construction de l'asile-hospice, tout se simplifie ; on ne conservera dans les salles modifiées que les grands cavitaires ou les tuberculeux avec fièvre, nécessitant des soins spéciaux.

Conception de l'asile-hospice pour tuberculeux incurables

L'asile-hospice décidé, comment doit-il être aménagé ?

A vrai dire, tous les auteurs qui s'occupent de la lutte antituberculeuse s'en sont fait une conception spéciale. Cette diversité d'opinions et de points de vue n'a pas peu contribué à en différer la réalisation. Une première difficulté est de fixer son emplacement. La campagne politique, menée par les habitants de Montmorency, la pétition récente des habitants du quartier de Laennec qui a donné lieu au rapport de M. Letulle, nous montrent combien les populations

craignent le voisinage d'un hôpital de contagieux. Et pourtant il est démontré que ces craintes sont exagérées et qu'il n'y a là qu'un préjugé. Netter a montré qu'une maladie très contagieuse, comme la variole, diffuse peu hors des hôpitaux où elle est soignée. Les rares cas de contagion hors de l'hôpital sont dûs au allées et venues du personnel. On ne saurait donc craindre une contagion semblable pour la tuberculose, Brehmer, Nahm, Aebi, Brouardel et tous les auteurs qui se sont intéressés à cette question sont unanimes à ce sujet.

Cet asile doit être près de Paris, d'un accès facile par plusieurs moyens de communication ; il doit être établi en un lieu salubre, sur un sol perméable et sec. Il doit être abrité contre les émanations fétides et baigné par un air aussi pur que possible ; il doit être pourvu d'eau potable avec facile évacuation des vidanges. Il serait préférable qu'il fût bâti au milieu d'un parc, qui tamiserait l'air en le purifiant, et qui offrirait aux riverains des conditions superflues d'isolement absolu ; il doit être construit en pavillons séparés, bien orientés au soleil, sans luxe architectural et contenir deux tiers de lits d'hommes, un tiers de lits de femmes avec un total d'au moins 2.000 lits, répartis en un ou plusieurs asiles-hospices. Comme il est destiné à des tuberculeux chroniques incurables, il n'est pas indispensable qu'il soit pourvu de galeries de cure ; non pas que ces galeries soient inutiles et ne puissent favoriser l'amélioration des malades ; mais elle constitueraient pour ce

cas particulier un élément superflu, qui ne donnerait que des résultats incertains.

La discipline du sanatorium, dans toute sa rigueur, n'est pas nécessaire pour les malades auxquels cet asile serait destiné ; seule la discipline du crachoir devrait être absolue. Les salles d'isolement serviraient à ceux qui ne seraient pas capables de l'observer. On n'aurait que faire de laboratoires dispendieux, ni d'un personnel médical très nombreux.

Cet asile serait en tous points, en somme, *confortable, aéré, aseptique.*

La construction de l'asile-hospice d'Ivry ne saurait être ajournée, pour les raisons qui ont fait échouer celui de Montmorency.

Parmi les médecins qui ont exposé leurs opinions sur l'asile-hospice pour phtisiques, les uns le condamnent, n'y voyant qu'une *tuberculoserie,* d'autres ne l'acceptent que comme un *sanatorium.* En fait il ne devrait être ni l'un, ni l'autre.

Ce ne serait pas une *tuberculoserie,* car les malades n'y seraient pas enfermés ; ils n'y entreraient pas seulement pour y mourir, et en fait ils y mourraient en petit nombre ; mais dans l'espoir d'une guérison possible. Rien n'empêcherait qu'ils en puissent sortir, en cas d'amélioration notable, soit pour bénéficier de la cure de sanatorium, soit pour reprendre leur travail. Sortis de cet hospice, si tout emploi leur était fermé, ils auraient la ressource de s'y faire admettre de nouveau pour être à l'abri du besoin ; ils pourraient, sans

réclamation possible de leur part, être envoyés dans les colonies agricoles ou rurales qu'on se propose de créer.

Ce ne serait pas un *sanatorium* ou un *demi-sanatorium* (Letulle). La conception de l'*hôpital-hospice-sanatorium-suburbain* (Navarre, Grasset, etc.) a la prétention de réunir en une seule, trois armes différentes de la lutte antituberculeuse.

La première condition d'un sanatorium est d'être situé à la campagne, en bon air ; il convient aux tuberculeux du début. Parmi les tuberculeux plus avancés, la plupart auraient beaucoup à gagner aussi à la cure du sanatorium ; quelques-uns n'en retireraient aucun bénéficc ou même aggraveraient leur état ; la cure de sanatorium est donc pour ceux-ci beaucoup moins indispensable. D'ailleurs la cure de sanatorium étant impossible pour tous les tuberculeux, (Doumergue, Robin), il est sage de la réserver pour ceux qui peuvent le mieux en profiter ct qui sont susceptibles d'en obtenir leur guérison.

Il n'est pas douteux que certains chroniques, justiciables de l'asile-hospice, puissent obtenir par la cure au sanatorium une amélioration inespérée, ou même une guérison parfois définitive. Ceux-là ne seront pas sacrifiés. Une guérison, il est vrai, avec un peu moins de facilité ou de rapidité qu'au sanatorium, pourra être espérée. Comment en serait-il autrement, puisque nous obtenons parfois à l'hôpital des améliorations surprenantes, au milieu d'une salle encombrée, où les malades ne peuvent, on l'a répété souvent, ni se reposer facilement, ni jouir de la cure d'air, à

cause des malades aigus, ni être suralimentés comme au sanatorium ? A l'asile-hospice, les conditions d'amélioration, sans être aussi bonnes qu'au sanatorium, seraient meilleures qu'à l'hôpital, puisque les lits ne seraient pas aussi rapprochés, que l'air respiré y serait moins vicié, que le repos y serait plus complet. Si cet asile ne remplissait pas toutes les conditions d'amélioration désirables, il en fournirait au moins la majeure partie. Aux abus ou aux excès de la vie habituelle, aux habitudes d'intempérance, d'alcoolisme, de fatigues, de privations, succéderait le repos du corps et de l'esprit. A une mauvaise hygiène alimentaire ferait suite une nourriture saine, une alimentation réglée et au besoin la suralimentation. La cure d'air elle-même serait possible, autant qu'elle peut l'être au voisinage des exhalaisons méphitiques et des poussières de Paris : ce serait *la cure d'air parisien*, que n'amélioreraient guère les galeries de cure. Il ne serait point besoin pour cela d'avoir une installation coûteuse et qui étonne par son luxe.

Objections

Une telle organisation peut susciter et a soulevé en effet quelques objections. On a dit que l'asile suburbain n'aurait pas de clients. Il est certain qu'au début les tuberculeux, ne connaissant pas cet hôpital, auraient une certaine répugnance à y entrer. Il y a là une sorte de préjugé très curieux chez les malades. On sait qu'au début de leur aménagement, les hôpitaux de

Vincennes et du Vésinet manquèrent d'occupants. De même la destination de cet hôpital est de nature à en éloigner un grand nombre de malades. Cet asile pourra partager le discrédit de Nanterre, par exemple. Mais cette répulsion ne résiste guère à l'épreuve du temps. Si les soins sont bons, l'alimentation suffisante, les malades afflueront ; beaucoup d'entre eux parfaitement conscients de leur état ne demandant qu'à finir leurs jours en paix. D'ailleurs le Dr Sersiron, qui a réfuté déjà ces objections, eut l'idée de demander à un grand nombre de tuberculeux chroniques s'ils consentiraient à être soignés dans un hospice suburbain ; il recueillit une grosse majorité de réponses affirmatives.

Ces objections ont été reprises pour les quartiers spéciaux à l'hôpital.

On a prétendu que le cloisonnement des salles n'était qu'une demi-mesure, rendant la cure d'air impossible. La cure d'air est en effet à peu près irréalisable à l'hôpital, et ne convient guère plus que la suralimentation à la plupart des malades qui y soient soignés ; les galeries de cure y sont moins utiles encore qu'à l'asile-hospice. La cure d'air a été essayée déjà sans grand succès par MM. Tapret, Oulmont, Dreyfus-Brisac, Letulle, etc. ; elle nécessiterait un personnel nombreux, des dépenses colossales, en disproportion avec les résultats qu'on obtiendrait par hasard. D'ailleurs la plupart des malades que l'on garderait à l'hôpital ne pourraient bénéficier de la cure sanatoriale, à laquelle bien peu pourraient être astreints.

Ces malheureux ne réclament guère qu'un asile contre la faim, le froid, la misère. Pour vouloir dépasser leur désir légitime et leur procurer un superflu thérapeutique, ne les laissons pas plus longtemps manquer des soins indispensables que la société leur doit.

Enfin, il pourrait être nécessaire, les jours d'entrants, de déplacer les tuberculeux égarés dans une section de malades aigus ou inversement, d'où résulteraient un travail supplémentaire et parfois une désinfection de literie. Ces objections sont inhérentes à tout mode d'hospitalisation où l'isolement n'est pas individuel. D'ailleurs, l'état de chaque service pourrait être communiqué au chef de consultation qui ferait au besoin lui-même, au moyen d'indications convenues, la répartition des malades.

On a encore avancé que confier des malades tuberculeux et non tuberculeux à un même médecin, c'est sacrifier les premiers, l'effort du médecin se concentrant sur les seconds. Il n'est pas douteux que le médecin surveille de plus près les malades à qui pense être le plus utile. Il faut reconnaître d'ailleurs qu'en dehors de la cure hygiéno-diététique qu'il s'efforce d'appliquer aux tuberculeux, le médecin ne fait guère pour eux que de la médecine de symptômes.

Enfin nous avons fait justice de deux objections, en quelque sorte opposées.

Si l'on isole les tuberculeux d'une façon trop rigoureuse, on craint à juste titre que ces quartiers ne soient voués à la répulsion. Si l'isolement est moins absolu, comme dans les quartiers spéciaux et

surtout les salles cloisonnées, on craint avec moins de raison qu'il ne soit insuffisant. Nous savons que l'isolement est suffisant lorsqu'il est réalisé par une simple cloison vitrée, si l'asepsie médicale est parfaite, si l'on interdit sous peine de renvoi immédiat aux malades de quitter leur section; dans ce cas précisément, on fournit aux tuberculeux autant de garanties qu'il est possible pour le secret de leur affection. Sortis de l'hôpital, les bacillaires n'auraient, avec un isolement ainsi réalisé, plus la douleur de voir se fermer devant eux les portes des ateliers.

Aucune réforme d'ailleurs n'est exempte d'inconvénients. L'opinion finit toujours par ratifier celles qui ont pour base des données scientifiques et pour but l'intérêt commun.

Fonctionnement d'une telle Organisation
Armement anti-tuberculeux (Landouzy-Robin)

Ce qui caractériserait une telle organisation, ce serait la solidarité, le lien entre tous les moyens de lutte contre la tuberculose. On a comparé, à juste titre, les moyens que nous employons pour combattre le fléau tuberculeux aux anneaux d'une chaîne, qui ne saurait l'enserrer sans être complète, et sans qu'un lien étroit et solide en réunisse les éléments.

Ces moyens sont d'abord les *mesures prophylactiques ou préservatrices* que nous nous contenterons d'énumérer.

Pour l'individu adulte, la propagande, l'éducation

populaire : propreté de l'individu, *sobriété*, propreté de l'habitation, *salubrité*.

Pour l'enfant, les colonies de vacances, colonies scolaires, sanatoriums marins, jardins ouvriers, etc.

Ce sont ensuite des *mesures curatives*.

Le *dispensaire* sert en quelque sorte de transition.

Le *dispensaire*, le preventorium, œuvre bien française, imaginée par Bonnet et Calmette, du type lillois ou du type parisien, poursuit un double but.

Le dispensaire de consultation dépiste à la consultation ou à domicile, au moyen d'enquêteurs, les cas de tuberculose ; il envoie au sanatorium ceux qui en sont justiciables, à l'hôpital les incurables qui ne peuvent être soignés à domicile.

Le dispensaire de prophylaxie assiste le tuberculeux, non sanatoriable, dont il surveille l'hygiène, l'isole en quelque sorte au milieu de sa famille, assainit les logements, désinfecte le linge.

Le *sanatorium* d'origine allemande, imaginé par Brehmer et Detviller, a pour tâche délicate le soin des tuberculeux curables. Il faut lui rattacher les sanatoriums de fortune (Brunon) le home-sanatorium (Landouzy), malgré les critiques dont ces institutions ont été l'objet.

A ces deux unités importantes, qui se multiplient activement en France par les bienfaits de l'initiative privée, il faut ajouter et relier étroitement les moyens d'action que nous avons envisagés et qui dépendent

de l'Assistance Publique : *Asile suburbain, quartiers d'isolement.*

Du dispensaire ou de la consultation hospitalière, les tuberculeux seraient envoyés, soit au sanatorium, soit à l'hôpital et de là à l'asile-hospice.

De l'hôpital ou de l'asile-hospice, les tuberculeux pourraient être évacués dans des *colonies rurales, agricoles, ateliers ruraux*, etc.

Ce *placement à la campagne* ne saurait être fait toutefois sans grand discernement ; l'expérience de Malvoz prouve que ce placement est peu pratique, celle de Sulzain (Allemagne) tend à prouver qu'il peut être désastreux, par la contagion qu'il risque d'entraîner.

Quoi qu'il en soit, un plan ainsi conçu nous permettrait d'atteindre le mal et de le déraciner à son origine insoupçonnée au sein de la famille ; nous assisterions plus souvent à la tuberculose au début, si rare à l'hôpital par rapport à la tuberculose avancée. Nous pourrions le « décentraliser » (Letulle) « l'exparisianiser » (Berthod). Soignés dès le début, les tuberculeux pourraient guérir et les chroniques diminueraient de nombre.

Jamais plus de renvois hâtifs qui désolent le malade et apitoient le médecin, plus de malades en surnombre, plus d'allées et venues de malheureux phtisiques ballotés de service en service.

Cette facilité d'évacuation, cet équilibre constant entre tous les facteurs de lutte antituberculeuse, serait, on le voit, la clef de la nouvelle organisation.

L'optimisme naturel au tuberculeux aidant, la dépression morale serait nulle ; le phtisique, qui ne se sentirait nulle part voué à la mort, caresserait l'idée d'aller au sanatorium, et s'efforcerait de s'acheminer vers la guérison. La prophylaxie serait aussi parfaite que possible. L'éducation hygiénique du malade, impossible actuellement, serait plus aisée.

L'hygiène domine d'ailleurs tout ce qui a trait à la cure ou à la prophylaxie de la tuberculose. Nous ne pouvons à peu près rien encore contre cette terrible maladie, sinon lui opposer une bonne hygiène ; mais nous avons la consolation d'en obtenir parfois des résultats qui dépassent nos espérances. La cure hygiénique de la tuberculose peut être envisagée de tant de façons différentes que ce problème présente une grande complexité et de grandes difficultés de réalisation. Aucun mode d'action antituberculeuse ne doit être repoussé sans examen. Ne voyons-nous pas les pays voisins obtenir des résultats remarquables contre la tuberculose par des voies différentes ?

En Angleterre, la tuberculose a diminué, moins par la construction d'hôpitaux spéciaux, que par les *lois sur les logements insalubres* et les *habitations à bon marché*, promulguées en une série *acts*, codifiées et amplifiées en 1890, et aussi par la situation privilégiée de l'ouvrier anglais, par la lutte contre l'alcoolisme.

En Allemagne, où l'assurance est obligatoire, la lutte antituberculeuse fut entreprise dans un but *économique ;* les compagnies d'assurances contre la maladie,

contre l'invalidité et la vieillesse, instituées en 1883, construisirent des sanatoriums, au lieu de payer aux tuberculeux des indemnités de maladie et d'invalidité. En rendant ainsi à leurs malades, pour un temps plus ou moins long, la faculté de travailler, ils réalisèrent une économie considérable et purent même assister en partie la famille des tuberculeux.

En France, l'initiative privée s'est attachée non seulement à dépister la tuberculose au début, mais à la prévenir, par l'œuvre des colonies scolaires qui s'efforce de réaliser l'assistance à la famille du malade. On ne doit pas plus longtemps négliger le tuberleux avéré, même incurable ; l'hospitaliser est faire au premier titre œuvre prophylactique et humanitaire

Hopital de tuberculeux (Mosny)

D'après M. Mosny, l'hôpital de tuberculeux doit avoir pour but de traiter le malade, de l'assister, de préserver l'entourage de la contamination bacillaire, d'instituer le traitement précoce des membres de sa famille qu'il aura contaminés. *Il s'agit en somme de faire de l'assistance aux phtisiques le point de départ et le pivot de la lutte contre la tuberculose, maladie populaire.*

C'est attribuer à l'hôpital le rôle de plusieurs organes de lutte anti-tuberculeuse, en en faisant de plus un centre de recherches scientifiques et d'enseignement.

On y admettrait toutes les formes de tuberculose,

pulmonaire ou extra-pulmonaire. Aussi devrait-on appliquer l'asepsie individuelle et l'isolement rigoureux, par affection similaire, en multipliant les petites chambres de deux à six lits.

Il y aurait une *crèche* pour l'isolement des nourrissons.

L'hôpital serait pourvu de tout ce qui concerne le traitement de la tuberculose sous toutes ses formes et à tous ses degrés : *galerie de cure, cloches à air comprimé.*

On y soignerait la tuberculose laryngée, auriculaire, chirurgicale, ainsi que les affections chirurgicales des tuberculeux.

La *consultation externe* serait très importante.

Un *laboratoire* serait annexé, permettant les recherches scientifiques (bactériologiques, anatomo-pathologiques, expérimentales) et l'enseignement des élèves.

Un *dispensaire* véritable serait le complément de cet hôpital, qui serait un centre de *prophylaxie sociale*, dépisterait les cas de tuberculose au moyen d'enquêteurs et renseignerait sur le surpeuplement et l'insalubrité de certains logements. Il enverrait au sanatorium (sanatoriums de cure, sanatoriums marins) et serait le pourvoyeur des œuvres de préservation familiale.

En somme cet hôpital serait la réalisation d'une conception très spéciale et très large du rôle de l'hôpital dans la lutte sociale contre la tuberculose, maladie populaire.

L'hôpital tel que le conçoit M. Mosny aurait un rôle primordial dans la lutte contre la tuberculose.

Mais y aurait-il grand avantage à réunir en un même lieu toutes les variétés de cette affection, chirurgicale ou médicale, contagieuse ou non, compliquée ou non ? Il s'agit là de manifestations si différentes d'une même maladie qu'elles forment pour ainsi dire autant de maladies différentes, exigeant des soins essentiellement variables. Pour ne considérer que la tuberculose pulmonaire, bien qu'elle soit justiciable à peu près exclusivement de la cure hygiéno-diététique, il faut que cette cure soit modifiée, nuancée pour ainsi dire suivant les cas, les lieux, les moments : la cure d'air sera nuisible au tuberculeux atteint de bronchite aiguë ; la cure de suralimentation funeste au tuberculeux cavitaire fébricitant, avec gros foie dégénéré.

Puisqu'on est obligé, ce que personne ne conteste, de soigner les tuberculeux par petits groupes d'affections semblables, il n'y a aucun avantage à réunir au même endroit ces différents groupes ; au contraire, on peut espérer, en les séparant, donner à chacuns les conditions les plus favorables d'amélioration.

D'ailleurs la création d'un tel hôpital ne saurait suffire à exclure les tuberculeux des autres centres hospitaliers : envisageons-le comme une conception de l'avenir, où l'on pourra espérer réunir les victimes de la tuberculose quand les ravages de cette maladie seront amoindris.

CONCLUSIONS

1° La salle encombrée constitue une faute lourde contre l'hygiène. Alors qu'on s'efforce d'assainir les quartiers et les logements insalubres, l'hôpital, qui devrait être une école d'hygiène pour le malade, présente le funeste exemple d'un amas de brancards.

La salle encombrée met obstacle à la guérison des malades en leur fournissant un repos moins complet, un air moins pur, en facilitant les surinfections de toute nature : elle favorise la contagions des maladies infectieuses et l'éclosion de la tuberculose.

2° L'encombrement hospitalier est dû à un ensemble de causes complexes contre lesquelles il faut s'efforcer d'agir séparément.

Les malades en surnombre appartiennent à deux grandes classes.

A. — *Ceux qui n'ont pas droit aux hôpitaux de l'Assistance Publique.*

B. — *Ceux qui sont justiciables d'un séjour à l'hospice.*

Au premier groupe appartiennent *les malades aisés ou riches, les malades de la Province* ; il y a lieu de rechercher si les *malades de la Banlieue* ou les *accidentés du travail* font partie de ce groupe.

Au second groupe se rangent les *demi-infirmes* (Babinski), *les chroniques, les tuberculeux incurables.*

3° *Les malades aisés ou riches, les malades de la Province* (qui ne sont pas munis de lettre de recommandation de leur médecin), pourraient être éloignés de l'hôpital par un nouvel essai *du carnet sanitaire individuel* modifié et peut-être par *l'abolition du droit d'interdire l'autopsie.*

Le lit payé, le pansement payant, la consultation librement payante qu'on a proposé d'instituer, entraînent des abus. L'Assistance Publique, telle qu'elle existe à Paris, devrait fournir l'*hospitalisation entièrement gratuite.* La plupart des malades payants n'acquittent que d'une façon insuffisante les frais de leur séjour, qui sont mal calculés et presque toujours incomplètement payés. La totalité des sommes touchées représente 3 1/2 0/0 des frais imposés à l'administration.

4° Pour les malades qui peuvent rembourser la totalité des frais qu'ils occasionnent, il serait nécessaire de créer des *maisons de santé indépendantes de l'Assistance publique,* où les malades pourraient choisir et garder leur médecin. Les *accidentés du travail* ne sont donc justiciables de l'hopital que dans le cas d'urgence. Si on les y maintient, on doit percevoir pour eux un tarif supérieur au prix de revient de l'hospitalisation des indigents.

5° Les *malades de la banlieue* doivent y être main-

tenus, mais il y a lieu de faciliter pour ces malades le *renvoi avec secours ou l'évacuation à l'hospice.*

6° Pour les *demi-infirmes*, *les vagabonds d'hôpital*, il serait nécessaire de créer l'asile réclamé par M. Babinski et la Société médicale des Hôpitaux.

7° La loi pour l'assistance obligatoire donnant des résultats incomplets pour éloigner les *chroniques valides* de l'hôpital, il y a lieu d'étendre le *placement familial à la campagne.*

8° *Les tuberculeux incurables*, de beaucoup les plus nombreux parmi ceux qu'il convient d'éloigner de l'hôpital,(puisqu'ils fournissent dans certains services le tiers de la population) devraient être évacués dans un ou plusieurs *asiles-hospices spéciaux :* ces asiles doivent fournir un minimum de *deux mille lits* avec une majorité de lits d'hommes.

Cette évacuation des tuberculeux chroniques incurables constitue la première étape nécessaire de la lutte antituberculeuse à l hôpital. Ce n'est qu'ensuite qu'on pourra organiser efficacement le classement des tuberculeux.

Du *dispensaire* et de la *consultation hospitalière,* les bacillaires seront envoyés soit à l'*hôpital,* soit au *sanatorium.* A l'hôpital on les classera dans des quartiers spéciaux ou des salles spéciales, en isolant individuellement les moribonds, les tuberculeux avec complication grave, etc., en un mot ceux qui, malgré une asepsie médicale rigoureuse, pourraient contagionner leurs voisins.

De l'hôpital, enfin, les tuberculeux pourront être envoyés à l'asile-hospice ou dans les colonies sanitaires.

Vu : le Président de la thèse
L. THOINOT

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Tenon. — Mémoires sur les hôpitaux.

Tollet. — Les Hôpitaux au xixe siècle.

Mac Auliffe. — La Révolution et les hôpitaux. Th. 1900.

Husson. — Etude critique sur les hôpitaux.

Renaut et Sigeret. — Hist. de l'Hospitalisation des enfants malades de Paris. Bull. méd. 1908, p. 129.

Cornu. — L'Hôpital il y deux siècles. Th. Paris, 1898.

Comptes moraux et administratifs de l'Assistance publique.

Barth. — Encombrement hospitalier. Soc. méd. des Hôp. Bull., 1903, p. 350.

Barthélemy. — Influence du milieu hospitalier sur l'évolution des maladies infantiles. Th., Paris, 1903.

Martin. — Hygiène hospitalière.

Le Noir. — Statistique de Saint-Antoine sur l'hospitalisation des tuberculeux pendant l'année 1903. Revue de tech., 1904, 23. I. 18.

J. Noir. — Encombrement des hôpitaux. Prog. méd., 19 2, p. 20.

Corlieu. — Abus des consultations gratuites. Consultations librement payantes. Tribune méd. 1894, p. 943, n° 48.

Corlieu. — Les abus de l'hospitalisation gratuite. Tribune méd. 1904, p. 681.

Derouin, Gory, Worms. — Traité d'Assistance publique.

Jayle. — Les Parasites de l'A. P. Presse méd. 1895, p. 269.
Les malades payants dans les services de chirurgie. Presse méd. 1903, p. 313.

Ladreit de Lacharrière. — De la gratuité des consultations dans les hôpitaux et les polycliniques.
Gaz. des hôp. 1892, p. 1335.

Lermoyez. — Du meilleur moyen à employer pour éloigner les malades aisés des hôpitaux.
Presse méd., 1903, p. 249.

J. Noir. — Abus hospitalisation par gens aisés. Presse méd., 1900, p. 441.

Noir (J.). — Les riches aux consultations gratuites Prog. Méd., 1898, p. 124.

— Malades aisés des hôpitaux. Prog. méd., 1903, p. 229

Variot. — Consultations gratuites, abus. Prog. méd., 1898, p. 284

— Abus de l'hospitalisation dans les maternités. Clin. Tufaut, 1906 p. 251

— Abus des consultations gratuites de nos hôpitaux parisiens. Revue du Praticien, 1898, p. 289.

— Abus hospitaliers. Gaz. des Hôp. 1898, nos 59, 45. 70

— Les abus de la gratuité dans les hôpitaux. Courrier méd., 1899, p. 73.

— Abus de l'hôpital par les malades aisés. Tribune méd., 1902, p. 754.

Tiéry. — Les abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites à Paris. Rapport au Congrès de médecine professionnelle, 1900. C. R. du congrès, p. 115.

VARIOT. — Abus des consultations gratuites. C. R. du même congrès. p. 114.

MONTEFIORE. — L'abus de la charité médicale. C. R. du même congrès. Paris, 1900, p. 178, 180, 225.

BOURNEVILLE. — Malades de province et Assistance publique. Prog. méd. 1903, p. 75 et p. 223.

DUMONT. — Malades payants et accidentés dans les hôpitaux. France Méd., 1902, p. 1033.

ROMME. — Accidentés du travail et médecins marrons. Presse méd., 1907, p. 481.

DESFOSSES. — Accidents de travail et compagnies d'assurances. Presse méd., 1907. p. 497.

REYNÈS. — L'admission dans les hôpitaux et hospices, des malades payants et des victimes d'accidents du travail, hospitalisés au tarif des indigents. Rapport présenté à la réunion des chirurgiens des hôpitaux de province, 1902.

BRISSAUD. — La sinistrose. Tribune méd., 1908, p. 161.

ACBI. — Les sanataria pour phtisiques sont-ils une source d'infection pour les alentours ? Corr. Blatt für Schwein Aerzte, 1898, 15 janv.

ARMINGAUD. — Organisation d'une ligue préventive contre la tuberculose. Journ. de méd. Bordeaux, 1892.

— Lutte antituberculeuse. Décroissance de mortalité en Prusse. Bull. méd., 1903, p. 83.

— Isolement des tuberculeux obligatoire. Rapp. à la commission permanente de la tub. Bull. méd., 1904, p. 73.

ARNAUD. — L'isolement des tub. hospitalisés à Marseille. Marseille méd., 1905, p. 444.

Ausset. — L'isolement et le traitement des tuberculeux pauvres. Echo méd. du Nord, 1902, p. 461. Rev. Phil. Paris, 1902, p. 264.

Barbier. — L'hospitalisation des tubercul. Tuberculose infantile, 1904, p. 248

— Cure d'air à l'hôp. Hérold. Soc. Méd. des Hôp., Bull. déc. 1905. Th. Nicolle, 1903

Bardet. — Contagion hospitalière et hospitalisation des tuberculeux. Th , Bordeaux, 1898.

Barth. — Isolement des tuberculeux dans les asiles de convalescence et dans les hôp. parisiens. Bull. Soc, méd. des Hôp., 1900, p. 295.

— L'isolement des tuberculeux par le sectionnement des salles communes. Bull. Soc. méd. des Hôp., 1904, p. 67.

— Rapport sur le choix d'un emplacement de l'hôpital régulateur destiné aux tuberculeux. Soc. méd. des Hôp., Bull., 1905, p. 157.

— L'isolement pratique des tuberculeux dans les hôpitaux. Presse Méd. 1905 p. 713 Congrès de 1905.

— L'hospitalisation des tuberculeux à Paris. Ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être. Tribune méd., 1905 p. 805.

Beaulason. — Traitement des tuberculeux dans les sanatoria. Th., 1896.

— Hospitalisation des tuberculeux. Création d'une caisse de secours pour la famille de l'hospitalisé. Rev. de la tub., avril 1898.

Bellin. — A propos des sanatoriums. Bull. médic., 1903, p. 823.

Berthod. — L'exparisianisation des tuberculeux et la Société médicale des hôpitaux. J. de méd. de Paris, 1900, p. 145.

Bing. — Infection de l'air par les bacilles tuberculeux dans les salles des phtisiques. Norsk. Mag. for Lœgevidenskaben, août 1904

Bonnet. — Dispensaire antituberculeux. Prog. méd., 1903, p. 355.

Boucher. — Les Tuberculoseries. J. de méd. de Paris. 1900, p. 157.

Boureille. — Devoir des collectivités envers les tub. adultes indigents. Th., 1901.

Bourgeois. — Rapport au nom de la commission de la tuberculose, 1906.

G. Bourgeois. — Exode rural et tuberculose. Th., Paris, 1904.

Boston. — The spread of tuberculosis by coughing. Journ. of. the Am. med. assoc. 1901, p. 685,

Bretheau. — Dispensaires antituberculeux. Rôle hygiénique et social. Th. 1904.

Broca (A.). — Les tuberculeux dans les hôpitaux Gaz. heb. de méd., 1898. p. 1187-1211.

Brouardel. — Propagation de la tuberculose, 1900.

— Lutte antituberculeuse, 1901.

— Lutte antitub. en France, Séance du Bureau International pour la lutte antitub. Presse méd. 1903. p. 357.

— Hospitalisation des tuberculeux. Discussion. Rev. d'hyg. et de police san., 1904.

Brouardel.— Le voisinage d'hôpitaux de tuberculeux constituet -il un danger ? Ann. d'hyg., mai 1906.

Brouardel et Grancher. — Notes sur les sanatoriums. Bull. méd., 1899, p. 507. Ann. d'hyg., juillet 1899.

Brunon. — Les sanatoriums de fortune pour tuberculeux pauvres. Bull. méd., 1901, p. 1901, p. 713, p. 721. Ann. d'hyg. XLVIII, p. 358.

— Assistance familiale et rurale des tuberculeux. Bull. méd., 1901, p. 949.

— Isolement et traitement des tuberculeux à l'hôpital. Bull. méd., 1902, p. 599.

Calmette. — Sociétés de secours mutuels et lutte antituberculeuse, Presse méd., 1903, p. 261.

— Les préventoriums ou dispensaires antituberculeux. Presse méd., 1901, page 29. Revue d'hyg. 1904. p. 1008.

Carnot. — Nécessité de l'isolement individuel des tuberculeux. Presse méd., 1904, p. 418.

— Placement familial des vieillards et infirmes. Bull. méd., 1906, p. 459.

Chabret du Rieu. — Isolement du phtisique à l'hôp. Lariboisière. Th. 1899.

Chidell. — Colonies for consomptions. British Med. Journal, London, 1902, II, 291.

Chritzmann. — Les résultats de la lutte antituberculeuse en Allemagne. Ann. d'hyg., mai 1903. Compte rendu du Congrès de Berlin. Ann. d'hyg. 1899.

Claude. — Lutte antituberculeuse. Rev. de tub., 1903, p. 169.

Combernale et Debierre. — Résultats d'un essai de sana-

torium suburbain à Lille. Echo méd. du Nord, 5 juillet 1903.

Coste de la Grave. — Pourquoi les tuberculeux meurent ils : A la ville, à la campagne, au sanatorium ? Revue internat. de tub. 1903, p. 11805.

Courmont. — Lutte sociale antituberculeuse. Lyon médical, 1905, p. 602.

— Dispensaire antituberculeux. Lyon médical, 1905, p. 377. Presse méd., 1905, p. 291.

Debove. — Vœu relatif à l'isolement des contagieux dans les hôpitaux. Soc. méd., des hôp., Bull., 1904, p. 206.

Dehan. — Sanatoria dans le traitement de la tub. pulmonaire. Th., 1902.

De Lavarenne. — Travaux scientifiques de la Confér. internationale de la tuberculose. Presse méd., 1902, p. 1060.

— Hospitalisation des tuberculeux. Presse méd., 1904, p. 165.

— Hospitalisation des tuberculeux. Enquête dans les services hospitaliers. Presse méd., 1904, nos 24, 25, 26.

— Hospitalisation des tuberculeux. Personnel hospitalier. Presse méd., 1904, p. 177.

Derecq. — L'hospitalisation, l'isolement des tub. La sélection des malades. Tub., Trafant, 1904, p. 52.

Dumarest. — Valeur éducatrice du sanatorium. Gaz. des Eaux, 6 juillet 1905.

Eugène (F.). — Tuberculose dans le personnel infirmier des Hôp. de Paris. Th. 1905.

Faivre (Dr.). — Les sanatoriums et le traitement des tuberculeux indigents. Bull. méd., 1898, p. 1103.

Farnarier. — Les hôp. de contagieux constituent-ils des centres d'infections pour le voisinage? Sem. méd., 1903, p. 269.

Frænkel. — Isolement des phtisiques et prophylaxie de la tuberculose. Berlin, Klin, Voschen., septembre 1901.

Frottier. — Hospitalisation des tuberculeux.

— Hospitalisation des tuberculeux. Rôle de l'hôpital dans la lutte antituberculeuse. Revue médicale de Normandie, 10 mai 1904.

Georges (Paul). — Hospitalisation des tuberculeux. Th., 1904.

Grancher. — Maladies de l'appareil respiratoire.

— Rapport à l'Académie sur la prophylaxie de la tuberculose. Discussion consécutive, 4 mai 1898, etc.

— La phtisie dans les hôpitaux de Paris. Son traitement. Bull. méd., 1903, p. 153.

— Tuberculose et sanatorium. Bull. méd., 1903, p. 213.

— La tuberculose, maladie sociale. Conférence à la Soc. de l'internat. Archives gén. méd., 26 juillet 1904.

— Isolement des tuberculeux dans les hôpitaux. Bull. méd., 1904, p. 1003.

Grancher et Thoinot. — Moyens pratiques de combattre la tuberculose. Rapport de la commission de la tuberculose de l'A. P., 1900.

GRASSET. — La question de la tuberculose au point de vue social. Prog. méd., 1901, p. 155.

— Isolement et traitement des tuberculeux à l'hôpital. Hôpital-sanatoria. Rev. méd., Paris, 1902, p. 516, 337. Congrès de Toulouse, 1902.

HALIPRÉ. — Hygiène des indigents tuberculeux hospitalisés. Normandie médicale, 1897, p. 302.

HAMONT. — Sanatoriums pour indigents. Tribune méd., 1904 p. 373.

HANSH ALTER. — Les hôpitaux de tuberculeux. Rev. méd., de l'Est, 1899, p. 30.

HUCHARD. — Hospitalisation des tuberculeux. J. des Praticiens, n° 12, 1904.

JACQUET. — L'avenir des tuberculeux guéris. Th. 1906.

KNOPF. — Les Sanatoria.

Les sanatoria pour phtisiques sont-ils un danger pour le voisinage ? Rev. de tub., 1895, p. 313.

KOUINDJY. — L'œuvre des sanatoriums en France. Prog. méd., 1900, p. 439.

KOREL TEUNNIER. — Nécessité d'instituer dans les hôpitaux généraux des services spéciaux pour les tuberculeux. Congrès, 1905.

KUSS (G.). — Sanatoriums populaires et dispensaires antituberculeux. Bull. méd., 1903, p. 105, p. 117.

KUSS (G.). — Résultats du sanatorium d'Angicourt depuis cinq ans. Rôle des sanatoriums populaires. Bull, méd., 1906, p. 387, 447, 471.

LANDOUZY. — Tuberculose, maladie sociale. Presse. méd., 1903, p. 277.

LEGRAND (G.). — La psychologie du tuberculeux. Bull. méd., 1902, p. 773.

LEMOINE (G.-H.). — Isolement des tuberculeux dans l'habitation. Bull. méd., 1905, p. 362

LEMOINE et CARRIÈRE. — Des moyens à employer dans la lutte antituberculeuse. Bull. méd., 1902, p. 385.

LÉPINE. — Hospitalisation des tuberculeux. Echo méd.. Lyon, 1900, p. 388.

LEREDDE. — Prophylaxie de la tub. dans les hôpitaux de Paris. Méd. mod., 1er juin 1895.

A. LEREFAIT. — La tuberculose pulm. et l'hospitalisation des tuberculeux. Normandie médicale, 1899, p. 377.

LERICHE. — Isolement des tuberculeux. Résultats dans les sanatoriums. Rev. crit. de méd., et de chir., 1900, n° 1.

LETULLE. — Hygiène hospitalière. Hospitalisation des tuberculeux. Sem. méd., 1892, p. 179.

— Hospitalisation des tuberculeux parisiens. Soc. de méd. publique et d'hygiène professionnelle, 23 nov. 1892. Rev. d'hyg., 1893, p. 110.

— Les tuberculeux dans les hôpitaux de Paris. Presse méd., 1894, p. 255.

— Les indigents tuberculeux à Paris. Presse méd., 1er août 1896.

— Lutte contre la tuberculose dans les hôpitaux de Paris. Presse méd., 1896, p. 238.

— Hospitalisation des tuberculeux indigents. Presse méd., 1898, p. 55.

— Le Parisien tuberculeux à l'hôpital. Presse méd., 1898, p. 192.

Letulle. — Hospitalisation des indigents tuberculeux de Paris. Congrès de tub., 1898. Gaz. des Hôp., 1898, p. 806.

— Cure d'air à l'hôpital Boucicaut. Presse méd., 1899, p. 273.

Le quartier des tuberculeux à l'hôpital Boucicaut. Presse méd., 1905, p. 577.

— Prophylaxie de la tuberculose dans la classe pauvre. Presse méd., 1899, p. 94.

— Croisade contre la tuberculose. Presse méd., 1900, p. 30.

Contagion tuberculeuse à l'hôpital. Rev. d'hyg., 1900. Presse méd., 1900, p. 1071.

— L'assistance aux tuberculeux pauvres. Œuvre antitubercul. 1900, p. 57.

— Pyschologie des tuberculeux. Arch. gén. de méd., 1900, p. 257.

— Organisation d'un service hospitalier en vue d'isolement et de la cure de la phtisie. Propagation de la tuberculose, 1900, p. 312. Œuvre antituberculeuse, 1900, p. 110.

— Réforme de l'Assistance publique. Hygiène hospitalière. Presse méd., 1901. p. 186.

— Lutte antituberculeuse. Anarchie médicale. Presse méd., 1903, p. 229.

— Isolement des tuberculeux. Revue méd., 1904, p. 153.

— Comment isoler nos tuberculeux hospitalisés. Presse méd., 1904, p. 173.

Leudet. — De l'influence du séjour à l'hôpital pour la pro-

pagation de la phtisie. Rev. d'hyg. 1886, p. 288.

Lowenthal. — Sanatorium et lutte antituberculeuse. Revue de tub., 1903., p. 30.

Lucas-Championnière. — La tuberculose, son traitement par le sanatorium et la prophylaxie sociale. J. de méd. et de chir. prat., 1904, p. 3.

Malibran et Gassot. — Dangers de contamination au sanatorium. Presse méd., 1904, p. 611.

Martin (L.). — Hospitalisation des maladies contagieuses. Etude de 2.000 malades traités à l'hôp. Pasteur. Bull. soc. méd. des hôp., 1904, p. 297. Bull. méd., 1904, p. 251.

Mayor. — Hospitalisation des tuberculeux. Rev. méd. Suisse romande, 1894, p. 218.

Mesureur (A.). — L'œuvre de l'A. P. à Paris contre la tuberculose. Rapport au congrès de 1905.

Moelle. — Hospitalisation du tubercul. Bull. Ac. méd. belge, 1894, p.8.

Mongour. — La question des sanatoriums. Journ. de méd. de Bordeaux. 1904, p. 172.

Mosny. — Hôpitaux et tuberculose. Tribune méd., 1904, p. 197.

— Hospitalisation des tuberculeux. Ann. d'hyg., 2 juillet 1904.

Mouisset. — Hospitalisation des tuberculeux indigents. Lyon médical, 904, p. 1917.

National hospital for consumption for Ireland. Méd. Press et Circ. Lond., 1903, p. 368.

Navarre. — Hôpital-hospice suburbain organisé en sanato-

rium pour les tuberculeux indigents adultes. Rev. d'hyg. 1900, p. 516.

— Hospitalisation des tuberculeux indigents. Soc. de méd. publ. et d'hyg. profess. 1900. Lyon méd. 1904, p. 811, 863, 1018, 1023.

NETTER. — Dangers pour le voisinage des sanatoriums. Revue de tub. 1. 1895.

NEISSER. — Lutte antituberculeuse à l'étranger. Méd. mod. 1900, p. 244.

NOIR (J.). — A propos des sanatoriums pour tuberculeux. Prog. méd., 1901, p. 151.

— Placement familial des tuberculeux. Prog. méd., 46, 1901, p. 386.

— Projet d'un hôpital de tuberculeux à Montmorency. Prog. méd., 1904, p. 14.

— Isolement des tuberculeux. Prog. méd. 1904, p. 83.

— Referendum aux médecins. Prog. méd., 1904, p. 165.

— Lutte antituberculeuse. Hôpitaux, sanatoriums, etc. Prog. méd., 1904, p. 220.

PARISOT. — Du meilleur mode d'assistance aux vieillards. Congrès des Soc. savantes, Arch. gén. de méd., 1904, p. 1018.

PARKER. — Houses for advanced consumptives. Tuberculosis Lond. 1902-1903, II. p. 220.

— British med Journ., London 1903, 1, 605.

PERRIN. — Le futur hôpital suburbain pour tuberculeux, Rev. méd. Est, 1905, p. 491.

PETERSON. — Upsala la Kareforenings forhandlingar in. Sun. méd., 1906, p. 317.

PETIT (L.-H.). De l'hospitalisation des tuberculeux d'après

l'opinion des médecins de Paris. Congrès de tuberculose, 1893.

— Lutte contre la tuberculose d'origine hospitalière, Rev. de tub. juillet, 1896.

Petit (L.). — Le phtisique et son traitement hygiénique.

Pierrhugues. — Le phtisique parisien à l'hôpital. Th., 1898,

Plicque. — Isolement des tuberculeux. Rev. int. de méd., et de chir. Janvier 1900.

Reille (P.). Les sanatoriums et l'hospitalisation des tuberculeux indigents au IV[e] congrès de la tuberculose. Ann. d'hyg. X L, 433.

Rénon. — Défense sociale antitub. Arch. gén. méd., 1905.

Reviltior. — Hospitalisation des tuberculeux. Rev. med. Suisse romande, 1892, p. 787.

Riaut. — Hospitalisation des phtisiques. Am. d'hyg, 1885, 31, XIV, p. 314.

Richards. — The necessity for the isolation of cases of tuberculous in hospitals. J. M. Ann. assoc. Chicago 1900, XXXV, p. 359.

Robertson. — General hospitals and pulmonary consumption. Bristish med., jour., 1902, p. 445.

A. Robin. – Lutte antituberculeuse. Bull. méd. 1903, p. 25.

— L'office antituberculeux. Bull. Ac. méd. 1907, p. 476.

Rochard.— Hospitalisation des phtisiques. Union méd. 1893, p. 841.

Romme. — La lutte sociale contre la tuberculose.

— Sanatoria populaires et projet Guieysse. Presse méd. 1901, p. 208.

SAVOIRE.— Lutte antituberculeuse en Allemagne. Bull. méd., 1902, n° 94.

SÉE. — De l'utilité de maisons de santé pour tuberculeux de classe moyenne. Méd. mod., 1889-1890, p. 401.

SERSIRON. — Phtisiques adultes et pauvres, France, Suisse, Allemagne. Th. 1898.

— Sanatoriums ouverts ou fermés. Hospitalisation des tuberculeux pauvres. Gaz. des Eaux, 1903, p. 273-282-289.

SPILLMANN. — De l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux. Rev. méd. de l'Est, 15 août 1902. Lutte antitub., 1902, p. 226.

— Hôpital et isolement des tuberculeux. Rev. médic. de l'Est, 15 avril 1904.

SQUIRE. — The problem of how best to utilise hospitals and sanatorium in the treatment and prevention of consomption. The Lancet, 1905, II, p. 1239.

STRAUSS. — Présence du bacille de Kock dans les cavités nasales de l'homme sain. Bull. Ac. méd., 3 juin 1894. Arch. de méd. exp., 1894, p. 639.

TERNIER. — Die behandlung lungenkranker in einem offentlichen krankenhause. Vien. klin. Vochensch. 1903.

THOINOT. — Organisation dans les hôpitaux d'un service pratique de désinfection des crachats. Ann. d'hyg. de 1897. Sem. méd. Bull. méd., juillet-août 1896.

TRAVERSIER. — Hospitalisation des tuberculeux. Dauphiné méd., 1905, p. 25-235. Loire méd., 1905.

VALLIN. — La contagion de la tuberculose et sa prophylaxie. Bull. Soc. méd. des Hôp., 1884, p. 262.

Van Ryn. — Hospitalisation communale et intercommunale des tuberculeux. Congrès de 1905.

Verhaeghe. — Lutte contre la tuberculose au Danemark Rev. d'hyg., août 1905.

Verhaeren et Plique. — La cure de la tuberculose dans les sanatoria français, in Arch. de méd., 1903, p. 2412.

Vidal (E.). — Etablissements sanitaires pour scrofuleux et tuberculeux pulmonaires indigents. Congrès de Nice 1904. Arch. 1904, p. 1074.

Wilson. — The necessity for isolation and hospital case for poor consumptives. Proc. Phil. Co. M. Soc. Phil. 1900 ns, II, 4. 8

Von Leube. — Prophylaxie de la tuberculose dans les hôpitaux. Congrès de Berlin. Presse méd., 1899, p. 255.

Discussion sur la contagion hospitalière de la phtisie. Bull. Acad. méd, janv. 1896. Discussion pour la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Congrès de Paris 1898.

— Berlin, 1899.

— Naples, 1900.

— Londres, 1901.

— Bruxelles, 1903.

— Paris, 1905.

Considérations sur le sanatorium. Société de thérapeutique. Presse méd., 1899, p. 196, 206

Durée moyenne de la survie des tuberculeux. Discussion à la Société de médecine de Norwège. Norsk. mag. for Lœgevden skaben in Ann. méd., avril 1906.

Tripier et Courmont. — Hospitalisation des tuberculeux Bull. Soc. méd. hôp. Lyon, 1906, p. 310.

Dumarest. — L'hospitalisation des tuberculeux à l'étranger, in-4, Lyon méd., 1900.

Mouissrt. — Hospitalisation des tuberculeux indigents. Lyon méd., 1904, p. 917

Dumont. — Hôpitaux et sanatoriums à Berlin. Presse méd., 1907, p. 671.

Du pasquier. — Hôpitaux de Berlin. Bull. méd., 1902, p. 759.

Loederich. — Hôpitaux de Berlin. Bull. de l'Assoc. des Internes, 1907.

Masbrenier. — L'hospitalisation des tuberculeux à l'asile spécial de Londres. Presse méd., 1898, p. 13.

Ribard. — Les hôpitaux de tuberculeux en Angleterre. Presse méd., 1896, p. 335.

Robin A. — Mortalité tuberculeuse en France et en Allemagne. Presse méd., 1906, p. 43.

— Hospitalisation des tuberculeux en Autriche. Presse méd., 1896, p. 96.

— Une visite aux hôpitaux de Londres. Bull. méd. 1904, p. 899, etc.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. de la Librairie A. LECLERC, 19, rue Monsieur-le-Prince

